

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PABLO NATANAEL LEMOS

**Atenção à saúde bucal de povos do Parque Indígena do Xingu,
Brasil, no período de 2004 a 2013**

São Paulo

2016

PABLO NATANAEL LEMOS

**Atenção à saúde bucal de povos do Parque Indígena do Xingu,
Brasil, no período de 2004 a 2013**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2016

(Versão revisada)

Catálogo da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lemos, Pablo Natanael
Atenção à saúde bucal de povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004 a 2013 / Pablo Natanael Lemos; orientador Paulo Capel Narvai. -- São Paulo, 2016.
137 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016.

1. Saúde Bucal. 2. Povos Indígenas. 3. Epidemiologia . 4. Saúde Indígena . I. Narvai, Paulo Capel, orient. II. Título.

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na sua reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

*Para os meus queridos pais Graça e Natan, Christian, Karla e Juliana.
Que este estudo possa colaborar na política indigenista e seja
útil aos trabalhadores envolvidos com a saúde indígena.*

AGRADECIMENTOS

À Graça e Natan, meus grandes educadores e suportes em todos os momentos.

À Juliana, pelo companheirismo, paixão e paciência.

Ao professor Paulo Capel Narvai, por permitir discussões com minha grande referência profissional e por ter dedicado tantas ideias e tempo neste estudo.

Ao professor Douglas Rodrigues, pelos valiosos conselhos na minha vida pessoal, acadêmica e profissional.

Ao professor Paulo Frazão, pelo cuidado durante todo o processo de construção deste estudo e pelas aulas, orientações e aprendizados.

À Faculdade de Saúde Pública por proporcionar disciplinas e professores tão especiais.

À Professora Patrícia Rech, pelo estímulo, atenção, apoio e amizade incondicional.

Às Professoras Lavínia e Sofia, por todo o incentivo e amor compartilhado.

Aos Professores Rui Arantes, Selma Nunes, Clayton Coelho, Wilson Mestriner, Lucila Hirooka e Soraya Mestriner, pelo estímulo no início de minha história profissional e por acompanharem, de formas diferentes, todo o processo posterior.

À Alana Guisilini, por todas as contribuições neste estudo e pelas longas discussões sobre o mesmo.

A todos integrantes do Projeto Xingu, especialmente Bimba, Vanessa, Fernanda, Juliana, Vânia, Evelin, Mariana, Ana Maria, Anabele, Hélio, Nicole, Blanche e André por me ensinarem cada dia mais, possibilitando reflexões e fortalezas.

À minha família e amigos pelo apoio em todos os momentos (Christian, Bebel, Karla, Weliton, Bruna, Thaís, Lívia, Marina, Sabrina, Paula, Fábio, Diogo, Catherine, Tayara, Viviane, meus sobrinhos e todos os tios e tias).

Aos Auxiliares Indígenas de Saúde Bucal, principalmente Penewo Ikpeng, Wetanti Kisêdje e Weteme Trumai, por me ensinaram como deve ser um professor.

Aos povos indígenas do Xingu, pela luta, força e resistência, me ensinando a buscar minha essência e meus valores, reformulando minhas ideias.

*“...se aceitarmos esse enquadramento imposto,
estaremos aceitando uma redução da nossa capacidade
criativa e da nossa percepção da realidade”*

Ailton Krenak

Lemos PN. Atenção à saúde bucal de povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004 a 2013 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução - Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas mudanças ocorreram nas políticas públicas voltadas aos povos indígenas. A intensa luta dos movimentos indígenas subsidiou a proposta da criação e organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999, sendo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) designada como gestora e executora das ações de saúde indígena no país, no período de 1999 a 2010. Após 2010, a responsabilidade pela saúde indígena foi atribuída a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Em 2011, a Política Nacional de Saúde Bucal definiu a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal para os povos indígenas, propondo-se que seja planejada a partir de um diagnóstico das condições de saúde-doença e subsidiada pela epidemiologia e informações sobre o território indígena, além de acompanhar o impacto das ações por meio de indicadores adequados. **Objetivo** - Analisar componentes de saúde bucal da Política Nacional de Saúde Indígena com foco na atenção à saúde bucal das comunidades do Xingu, considerando as tendências da cárie dentária entre crianças e jovens e as ações implementadas no período de 2004 a 2013. **Método** - Pesquisa com abordagem quali-quantitativa, do tipo estudo de caso, com o uso de dados secundários do Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu e do Projeto Xingu, da Universidade Federal de São Paulo, a partir dos quais foram gerados indicadores de avaliação. Foi analisada a evolução, nesse período, dos indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica programática, tratamento odontológico básico concluído, proporção de exodontia em relação aos procedimentos, média da ação coletiva de escovação dental supervisionada do Baixo, Médio e Leste Xingu. Foram utilizados os índices de experiência de cárie dentária (CPO-D e ceo-d) para as idades de 5 e 12 anos e no grupo etário de 15 a 19 anos, a partir de inquéritos epidemiológicos, realizados em 2007 e 2013, utilizando a padronização preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para contextualizar os indicadores, foi realizada uma revisão da produção científica sobre saúde bucal dos povos indígenas no Brasil no período de 1999 a 2014, bem como a análise de propostas relacionadas à saúde bucal dos povos indígenas nas cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena (1986 a 2013), na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004) e nas 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde (2007 e 2011). **Resultados** - Observou-se uma cobertura de primeira consulta odontológica programática maior que 60% em todos os anos analisados, exceto nos anos de 2009 e 2010 com uma cobertura de 44,68% e 53,41%, respectivamente. O indicador de tratamento odontológico básico concluído apresentou um aumento significativo entre os anos 2006 e 2008, de 44,89 para 79,93. A proporção de exodontia em relação aos procedimentos apontou queda de 24,26 em 2004 para 3,84 em 2011. A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada foi o indicador com maior variabilidade (de 1,25 a 23,27) entre os anos. Os valores de ceo-d e CPO-D indicaram padrões diferentes de cárie dentária entre os grupos. Foram examinados 368 pacientes em 2007 e 423 em 2013. Aos 5 anos, apresentou-se uma média de ceo-d de 6,43 em 2007 e 5,85 em 2013. Aos 12 anos de idade, média de CPO-D de 2,54 em 2007 e 2,78 em 2013. No grupo etário de 15 a 19 anos, verificou-se uma média de 6,89 em 2007 e 4,65 em 2013, sendo o único grupo com diferença estatisticamente significativa

($p < 0,05$). O Índice de Cuidados Odontológicos diminuiu em todos os grupos entre 2007 e 2013, sendo que aos 5 anos houve uma diminuição de 21,74% para 7,14%, aos 12 anos de 44,09% para 16,35% e de 63,14% para 41,14% no grupo etário de 15 a 19 anos.

Conclusão - Este estudo descreve avanços e dificuldades na implementação do programa de saúde bucal no Baixo, Médio e Leste Xingu, com implicações importantes para programas de saúde bucal em áreas indígenas e para a produção de indicadores válidos nos serviços de atenção à saúde indígena. As estratégias de intervenções e parcerias com instituições privadas e públicas identificadas para melhorar a organização dos serviços, a equidade e o acesso da população indígena à saúde bucal, buscaram diminuir os entraves burocráticos e as iniquidades de saúde. A busca da integralidade da atenção através de parcerias com a própria comunidade e com outros setores foi realizada através de estratégias sensíveis às especificidades locais. Os resultados refletem uma tendência de diminuição da cárie nos dentes permanentes, apresentando um declínio da média de CPO-D no grupo etário de 15 a 19 anos e de avanços do programa. A efetiva diferenciação proposta nas conferências nacionais e nas políticas direcionadas aos povos indígenas, não tem se concretizado integralmente. O direito e o acesso à saúde para os povos indígenas são grandes desafios, sendo ainda tratados de forma homogênea e não diferenciada. Sugere-se a incorporação efetiva da realização de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal que sejam específicos para cada realidade e que os programas busquem tecnologias, determinantes e especificidades no cotidiano do trabalho, para buscar minimizar os impactos que a sociedade nacional envolvente vem produzindo na saúde indígena.

Descritores: Saúde Bucal; Povos Indígenas; Epidemiologia; Saúde Indígena.

Lemos PN. Oral health care of population of the Xingu Indigenous Park, Brasil, from 2004 to 2013. [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction - Since the creation of the Unified Health System (SUS), many changes have taken place in public policies related to indigenous population in Brazil. The intense struggle of the indigenous movements supported the proposal of the creation and organization of the Subsystem of the Indigenous Healthcare in 1999. The National Health Foundation (FUNASA) has been designated as manager and executor of actions indigenous health in the country, from 1999 to 2010. After 2010, responsibility for indigenous health was awarded the Indigenous Health Special Secretariat (SESAI). In 2011, the National Oral Health Policy defined the reorganization of the oral health care model for indigenous population, proposing that it be planned from a diagnosis of the health-disease conditions and subsidized by the epidemiology and information on the indigenous territory, monitor the impact of actions through appropriate indicators.

Objective – Analyze oral health component of the National Indigenous Health Policy focused on attention of oral health of the Xingu Indigenous Park, considering the trends of tooth decay among children and youth and the actions from 2004 to 2013. **Method** - research with quali-quantitative approach, the case study type, using secondary data from the Xingu Indigenous Special Sanitary District and the Xingu Project at the Federal University of São Paulo, from which evaluation indicators were generated. It was analyzed the evolution of the first programmatic dental consultation coverage indicators, basic dental treatment finished, extraction of proportion in relation to the procedures, average collective action of supervised toothbrushing the Lower, Middle and East Xingu. The indices of dental caries experience (DMFT and dmft) were used for ages 5 and 12 years and those aged 15-19 years from epidemiological surveys conducted in 2007 and 2013, using the standardization recommended by the World Health Organization (WHO). To contextualize the indicators, a review of scientific literature on oral health of indigenous population in Brazil from 1999 to 2014 was carried out and an analysis of proposals related to the oral health of indigenous population in five National Conference of Indigenous Health (1986 to 2013), the 3rd National Conference on Oral Health (2004) and the 13th and 14th National Health Conferences (2007 and 2011). **Results** - It was observed a cover of first programmatic dental consultation greater than 60% in all years studied, except in 2009 and 2010 with a cover of 44.68% and 53.41%, respectively. The basic dental treatment finished indicator showed a significant increase between 2006 and 2008, from 44.89 to 79.93. The proportion of extraction for procedures faced decrease of 24.26 in 2004 to 3.84 in 2011. The average of collective action of supervised toothbrushing was the indicator with the highest variability (1.25 to 23.27) among years. The values of dmft and DMFT showed different patterns of dental caries between groups. 368 patients were examined in 2007 and 423 in 2013. At 5 years old, performed an average of dmft of 6.43 in 2007 and 5.85 in 2013. At 12 years old, a DMFT average of 2.54 in 2007 and 2.78 in 2013. In the age group 15-19 years of 6.89 in 2007 and 4.65 in 2013, the only group with a statistically significant difference ($p < 0.05$). The Dental Care index decreased in all groups between 2007 and 2013, and to 5 years old there was a decrease of 21.74% to 7.14%, to 12 years old 44.09% to 16.35% and 63.14% to 41.14% in the age group 15-19

years. **Conclusion** - This study shows progress and difficulties in the implementation of oral health program in the Lower, Middle and East Xingu, with important implications for oral health programs in indigenous territories and to produce valid indicators in care services for indigenous health. The strategies of interventions and partnerships with private and public institutions identified to improve the organization of services, equity and access of the indigenous population to oral health, sought to reduce the bureaucratic barriers and health inequities. The pursuit of integrality care through partnerships with the community and other sectors was conducted through sensitive strategies to local conditions. The results reflect a trend of reduction in decay in permanent teeth, showing a decline in DMFT average in the age group 15-19 years and the progress of the program. The effective differentiation proposed in national conferences and targeted policies on indigenous population, has not fully realized. The right and access to health care for indigenous population are major challenges still being treated evenly and undifferentiated. It is suggested the effective incorporation to carry out epidemiological surveys of oral health that are specific to each reality and that programs seek technologies, and specific determinants in daily work, to seek to minimize the impacts that national society surrounding has produced in indigenous health.

Keywords: Oral Health; Indigenous Population; Epidemiology; Indigenous Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Aldeias e Polos Base de Saúde participantes da pesquisa, PIX, 2011	29
Figura 2.	Box plots do ceo-d e CPO-D com valores mínimo, máximo, 25 e 75% e a mediana nos grupos 5, 12 e 15 a 19 anos, no Baixo, Médio e Leste Xingu, em 2007 e 2013	81
Figura 3.	Porcentagens dos valores médios dos componentes do ceo-d e CPO-D nos grupos 5, 12 e 15 a 19 anos, no Baixo, Médio e Leste Xingu, em 2007 e 2013	85
Figura 4.	Índices ceo-d e CPO-D nas idades de 5 e 12 anos e no grupo etário de 15 a 19 anos, da etnia Kaiabi no PIX, nos anos de 1992, 2003, 2007 e 2013	88
Figura 5.	Box plots do ceo-d e CPO-D com valores mínimo, máximo, 25 e 75% e a mediana nos grupos 5, 12 e 15 a 19 anos, da etnia Kaiabi no PIX, em 2007 e 2013	89
Figura 6.	Indicadores de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2006 a 2013	93
Figura 7.	Indicadores de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2004 a 2013	95
Quadro 1.	Resumo dos códigos e critérios para CPO-D/ceo-d	31
Quadro 2.	Artigos publicados sobre saúde bucal de povos indígenas no Brasil no período de 1999 a 2014, segundo autores, ano de publicação, etnias, região do país e interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Artigos publicados sobre saúde bucal de povos indígenas no Brasil no período de 1999 a 2014, segundo autores, ano de publicação, etnias, região do país, ano do estudo, tipo de estudo, assuntos abordados pela pesquisa, indicadores utilizados e presença de aspectos relacionados à política e organização dos serviços de saúde bucal	38
Tabela 2.	Distribuição das médias dos índices ceo-d e CPO-D, por idade ou grupo etário e sexo, Baixo, Médio e Leste Xingu, MT, Brasil, 2007 e 2013	80
Tabela 3.	Porcentagem de indivíduos livres de cárie dentária, por idade ou grupo etário e sexo, Baixo, Médio e Leste Xingu, MT, Brasil, 2007 e 2013	82
Tabela 4.	Distribuição dos valores médios dos índices ceo-d e CPO-D e seus componentes, por idade ou grupo etário e sexo, Baixo, Médio e Leste Xingu, MT, Brasil, 2007 e 2013	83
Tabela 5.	Valores médios e porcentagens dos índices ceo-d e CPO-D e componentes por idade ou grupo etário, Baixo, Médio e Leste Xingu, MT, Brasil, 2007 a 2013	84
Tabela 6.	Distribuição das médias dos índices ceo-d e CPO-D, por idade ou grupo etário da etnia Kaiabi, Xingu, MT, Brasil, 1992, 2003, 2007 e 2013	87
Tabela 7.	Números absolutos da população, primeira consulta odontológica programática, tratamento odontológico básico concluído, Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2006 a 2013	92
Tabela 8.	Indicadores de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Tratamento Odontológico Concluído do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2006 a 2013	93
Tabela 9.	Números totais de extrações dentárias, Números totais de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e Indicadores de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2004 a 2013	94
Tabela 10.	Números totais de participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada e Indicadores de Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2004 a 2013	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
AISB	Agente Indígena de Saúde Bucal
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AG	Índice de Alterações Gengivais
CASAI	Casa de Apoio à Saúde Indígena
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COMOA	Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Índice de Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
CPO-S	Índice de Superfícies de dentes Cariadas, Perdidas e Obturadas
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena
EPM	Escola Paulista de Medicina

FORP-USP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IC	Ideia Central
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
INTPC	Índice de Necessidades de Tratamento Periodontal Comunitário
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MDM	Medicins Du Monde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	Reação em cadeia de polimerase
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PIX	Parque Indígena do Xingu
PPI	Programação e Pactuação Integrada
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SASI-SUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESU	Secretaria de Educação Superior
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SISABI	Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena

SLIS	Sistema Local de Informação de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TRA	Tratamento Restaurador Atraumático
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	24
2.1. Objetivo geral	24
2.2. Objetivos específicos	24
3. METODOLOGIA	25
3.1. A revisão de literatura	25
3.1.1. Estratégia de busca	25
3.1.2. Critérios de inclusão	25
3.1.3. Critérios de exclusão	25
3.1.4. Análise descritiva dos estudos	26
3.2. A análise das Conferências Nacionais de Saúde	26
3.3. O estudo de caso - Atenção à saúde bucal no PIX	27
3.3.1. Campo de Estudo	27
3.3.2. Modelo de Estudo	30
3.3.3. Índice de Experiência de Cárie Dentária	30
3.3.4. Indicadores de Saúde Bucal – cobertura de atenção individual e coletiva	33
3.3.5. Coleta de dados	34
3.3.6. Critérios e códigos adotados	35
3.3.7. Análise dos dados	35
3.4. Aspectos Éticos	35
4. RESULTADOS	37
4.1. A revisão de literatura - Saúde bucal de povos indígenas no Brasil	37
4.2. O discurso das Conferências Nacionais de Saúde	52
4.2.1. Categoria analítica: acesso, princípios do SUS e culturas indígenas	54
4.2.2. Categoria analítica: descentralização da saúde indígena e articulação com o SUS	55
4.2.3. Categoria analítica: recursos humanos para a saúde indígena	55
4.2.4. Categoria analítica: programas, ações e protocolos em consonância com os valores culturais	57
4.2.5. Categoria analítica: articulação da saúde com outros setores	59

4.2.6. Categoria analítica: pesquisa e epidemiologia nos serviços de saúde	60
4.2.7. Categoria analítica: sistemas de informação da saúde indígena	61
4.2.8. Categoria analítica: infraestrutura dos serviços de saúde bucal	62
4.3. O Programa de Atenção à Saúde Bucal do Parque Indígena do Xingu	63
4.3.1. Aspectos Históricos da Saúde Bucal no Parque Indígena do Xingu	63
4.3.2. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o DSEI Xingu	66
4.3.3. O Projeto Colgate Nativo	71
4.3.4. O Projeto Huka Katu e a FORP-USP	73
4.3.5. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena	75
4.3.6. Sistema Local de Informação de Saúde do DSEI Xingu	77
4.3.7. Dados epidemiológicos	78
4.3.7.1. Cárie Dentária	79
4.3.7.2. Média de ceo-d e CPO-D	80
4.3.7.3. Livres de cárie dentária	82
4.3.7.4. Componentes dos índices CPO-D e ceo-D e Índice de cuidados odontológicos	83
4.3.7.5. Um recorte epidemiológico – a etnia Kaiabi (Kawaiwete)	86
4.3.8. Indicadores individuais e coletivos do programa de saúde bucal do DSEI Xingu	89
4.3.8.1. Coleta de dados	90
4.3.8.2. Análise dos indicadores dos serviços de saúde bucal	91
4.3.8.2.1. Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Tratamento Odontológico Básico Concluído	91
4.3.8.2.2. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	94
4.3.8.2.3. Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada	96
5. DISCUSSÃO	97
6. CONCLUSÕES	112
7. RECOMENDAÇÕES	116
REFERÊNCIAS	118
ANEXOS	127

1. INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, muitas mudanças ocorreram nas políticas públicas voltadas aos povos indígenas. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a continuidade e a implementação de programas de saúde no Brasil, incluindo os territórios indígenas. A avaliação destes programas tem sido um importante desafio tanto para a consolidação dos princípios do SUS como para a tomada de decisões sobre ajustes ou reformulações de suas propostas iniciais, buscando melhorias nos processos administrativos, políticos e sociais (Paim, 1997).

A saúde indígena constitui uma área de práticas da saúde coletiva que busca compreender e intervir nos problemas de saúde dos povos indígenas contemplando as diferentes concepções do processo saúde-doença e as especificidades étnicas e culturais. Vulnerabilidades dos povos indígenas, tanto biológicas como sociais, como o modo de viver, o território, as relações de contato e o perfil epidemiológico, subsidiaram a proposta da criação e organização do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena como parte integrante do SUS (SASI-SUS). Este subsistema tem como base 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e foi criado em resposta à intensa luta dos movimentos indígenas e indigenistas, por meio da lei 9.836/99, de autoria do sanitarista Sérgio Arouca. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através do decreto 3.156/99, foi designada como gestora das ações de saúde indígena no país.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instituída em 2002, estabeleceu diretrizes, orientando a definição de instrumentos de planejamento, organização, avaliação e controle das ações e serviços de saúde, formação de pessoas para o trabalho em saúde indígena e articulação com os sistemas tradicionais de cura. No âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, consolidou a atenção

à saúde bucal, a partir da reorganização dos serviços de saúde. Ressalta-se que a atenção à saúde bucal é constituída por um conjunto de ações individuais e coletivas, atuando sobre os determinantes do processo saúde-doença, através de ações multissetoriais (Narvai, 1994). Assim, como em outras populações, a saúde bucal dos povos indígenas guarda uma estreita relação com determinantes culturais, comportamentais e biológicos (Alves Filho et al., 2014; Arantes, 2003) e com esta perspectiva, as “Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos DSEI” foram instituídas em 2007, considerando a realidade epidemiológica, as representações culturais, os princípios do SUS e a coleta de informações em saúde bucal (Brasil, 2007a).

Em 2010, com a publicação do decreto 7.336/MS, a responsabilidade sobre a saúde indígena foi formalmente atribuída à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão que assumiu, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), todas as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA (Gomes, 2013). A atenção à saúde não deve ser entendida apenas como um modelo assistencial e deve resultar de um processo histórico e da imersão de diversos atores sociais e setores, levando em conta seus interesses e contradições (Narvai, Frazão, 2008). No contexto da Política Nacional de Saúde Bucal, o MS, em 2011, definiu a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal direcionado aos povos indígenas, por meio de ações de controle das doenças bucais e ações de promoção e recuperação da saúde, planejadas a partir de um diagnóstico das condições de saúde-doença, subsidiado pela epidemiologia e informações sobre o território indígena, além do acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados (Brasil, 2011).

As aspirações e os comportamentos coletivos são áreas de estudo da psicologia social e a teoria das representações sociais busca estruturar as relações de um grupo e de seus valores socialmente constituídos (Moscovici, 1990). As Conferências de Saúde têm

sido importantes espaços de participação social e de representação dos vários segmentos sociais, buscando avaliar e propor diretrizes para a estruturação do SUS (Brasil, 1990). As propostas aprovadas nestas conferências definem estratégias e caminhos para o SASI-SUS, sendo um importante instrumento para acompanhar se o proposto está sendo realizado. Na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), em 2006, foi aprovado um conjunto de propostas relacionadas à saúde bucal, destacando-se que o MS estenderia o Programa Brasil Sorridente à população indígena (Brasil, 2007b). Este programa denominado “Brasil Sorridente Indígena” foi iniciado apenas em abril de 2011, em algumas regiões consideradas prioritárias pela SESAI, na busca pela ampliação do acesso da população indígena ao atendimento odontológico.

A contribuição e importância da epidemiologia como ferramenta para a organização dos serviços de saúde é evidente, tanto na identificação dos problemas de saúde e seus determinantes, como no planejamento, monitoramento e avaliação das ações (Barata, 2013), mas o quadro encontrado no SASI-SUS ainda hoje é marcado pela escassez de informações disponíveis para consulta pública. Mesmo com a implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), em 2001, ainda não é possível traçar um perfil epidemiológico com os dados disponíveis sobre os povos indígenas (Ferreira, 2013). E ainda, a carência de pesquisas e de indicadores sobre o desenvolvimento da política de atenção à saúde indígena tem dificultado o conhecimento da dimensão de seus resultados (Martins, 2013).

Os indicadores de saúde são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde de uma população. De forma geral, são medidas que trazem informações relevantes sobre determinados atributos do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, facilitando o monitoramento dos objetivos e metas em saúde (Brasil, 2013). As condições de acesso a serviços de saúde refletem as

características desta oferta, que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços pelos indivíduos, de acordo com suas necessidades. A discussão sobre acessibilidade aos serviços de saúde bucal é bastante complexa, necessitando de estudos que contemplem perspectivas, de forma a apreender a realidade localmente observada (Moreira et al., 2005).

A epidemiologia da saúde bucal dos povos indígenas é ainda pouco conhecida. O módulo de Saúde Bucal do SIASI entrou em funcionamento em 2009, porém apresenta diferentes graus de implantação nos DSEI, não estando disponível para consulta pública. Os estudos científicos publicados envolvem principalmente povos da região amazônica do Brasil (Neel et al., 1964; Tumang, Piedade; 1968; Detogni, 1994; Arantes et al., 2001, Rigonatto et al., 2001; Arantes et al., 2003; Parizotto, 2004; Pacagnella, 2007; Carneiro et al., 2008; Arantes et al., 2009; Lemos et al., 2010; Mesquita et al., 2010; Arantes et al., 2010b; Vieira et al., 2011; Nunes et al., 2013; Hirooka et al., 2014) e poucos estudos nas regiões Sul-Sudeste (Fratucci, 2000; Moura, 2007, Diab, Lucas, 2008; Dumont et al., 2008; Alves Filho et al., 2009; Alencar et al., 2011, Ulhôa Netto et al, 2012) e Nordeste (Nascimento, Scabar, 2008; Sampaio et al., 2010; Mauricio, Moreira, 2014).

Na contramão do declínio contínuo dos índices de cárie observados em estudos epidemiológicos de abrangência nacional (Narvai et al., 2000; World Health Organization, 2003; Narvai et al., 2006), os estudos sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas do Brasil sugerem uma tendência de aumento da prevalência da cárie, de maneira geral atribuído ao impacto das mudanças alimentares, socioculturais, econômicas, ambientais e à falta de programas preventivos (Detogni, 1994; Arantes et al., 2001; Rigonatto et al., 2001; Parizotto, 2004). Existem evidências de iniquidades de acesso a serviços de atenção à saúde bucal e métodos preventivos regulares entre

indígenas e não indígenas, o que deixa os primeiros mais vulneráveis em relação à cárie e suas complicações (Arantes et al., 2010a, Alves Filho et al, 2013). A diversidade sociocultural e a complexidade dos distintos contextos de atenção à saúde bucal dos povos indígenas sugerem a busca por mais informações sobre estas diferentes realidades. A revisão de artigos científicos é um recurso favorável para ampliar estes conhecimentos, considerando a análise de dados epidemiológicos e os aspectos relacionados à política de saúde indígena e organização dos serviços de saúde bucal.

Com o modelo de organização adotado pela FUNASA em 1999, os DSEI não dispuseram de autonomia plena para gerenciar os serviços de saúde indígena e, em um contexto de carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos, a opção escolhida foi a contratação terceirizada de recursos humanos, por meio de convênios com organizações governamentais e não governamentais. A estruturação, o planejamento e a qualidade das ações de saúde bucal, pela falta de capacidade gestora da FUNASA, ocorreram de acordo com a capacidade de organização de cada instituição conveniada (Ferreira, 2005).

No Parque Indígena do Xingu (PIX), a Escola Paulista de Medicina (EPM), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), desde 1965, desenvolve um programa de extensão universitária, denominado Projeto Xingu. As “caravanas médicas”, no início do programa, contavam com a participação voluntária de médicos, enfermeiros e dentistas, que eram muito solicitados (Baruzzi, 2005). Logo nos primeiros anos do programa, a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP) instituiu uma cooperação com a EPM/Projeto Xingu para prestação de serviços odontológicos, que se estendeu até 1984. Com criação dos DSEI em 1999, a EPM/Projeto Xingu assinou um convênio com a FUNASA para atuar em todas as regiões do PIX. Houve

uma ampliação de contratações de médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem no PIX e as equipes ficam períodos constantes na área indígena.

As ações de saúde, no DSEI Xingu, foram sendo estruturadas e em 2003 foi implementado um programa de atenção à saúde bucal, pautado na vigilância da saúde. Foram estabelecidas parcerias entre a EPM/Projeto Xingu, o Projeto Huka Katu da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP-USP) e o Projeto Pro Nativos (financiado pela Colgate®), que possibilitaram a criação de um modelo baseado no diagnóstico das necessidades locais, levando em consideração o perfil epidemiológico, o contexto histórico e cultural e o reconhecimento das lideranças locais (Lemos et al., 2010). O estabelecimento destas parcerias garantiu aporte de insumos e recursos para a estruturação do programa de atenção à saúde bucal no DSEI-Xingu com um papel fundamental na redução das doenças bucais através de oficinas de educação em saúde bucal, disponibilização de material de higiene oral regularmente, formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), oferta de serviços de reabilitação oral, capacitação dos profissionais para o trabalho intercultural e participação do controle social.

Durante a execução dos convênios, problemas estruturais e operacionais da FUNASA geraram descontinuidade dos serviços, dificuldades no diálogo entre instituições, fragilidades nos fluxos de financiamentos e no controle dos recursos e falta de monitoramento da execução das ações (Martins, 2013).

O impacto no DSEI Xingu também foi sentido e a partir de 2007 estas parcerias sofreram alterações. A FUNASA interrompeu a celebração de convênio com a FORP-USP e o Projeto Pro Nativos se encerrou devido ao término do financiamento de sua instituição mantenedora.

As dificuldades e os problemas no SASI-SUS mantiveram os indicadores de saúde indígena de duas a três vezes piores do que os da população brasileira, levando à mobilização nacional de lideranças e organizações indígenas e indigenistas. As propostas da 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena foram resgatadas culminando com a transferência da gestão da FUNASA para a SESAI no MS, antiga reivindicação do movimento indígena e indigenista. A SESAI assumiu a gestão do SASI-SUS em 2010 com a perspectiva de reformar o modelo de gestão, garantindo aos DSEI maior autonomia de gestão, até então localizada nos níveis centrais da FUNASA (Rodrigues, Mendonça, 2014). No mesmo ano, foram instituídas coordenações de saúde bucal nos DSEI para assumirem as ações do programa de atenção à saúde bucal, cabendo às conveniadas apenas a contratação e administração de recursos humanos.

A análise de componentes de saúde bucal da Política Nacional de Saúde Indígena e a avaliação de programas de saúde para os povos indígenas são possibilidades para o desenvolvimento de novas intervenções e decisões, com o intuito de aprimorar os serviços ofertados. A revisão de literatura, a sistematização de ideias centrais dos discursos produzidos em conferências nacionais de saúde e a análise dos indicadores de saúde bucal buscaram aprofundar e contextualizar o programa de atenção à saúde bucal das comunidades do PIX, abordando aspectos históricos e epidemiológicos, diante das mudanças ocorridas no SASI-SUS, no período de 2004 a 2013.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar componentes de saúde bucal da Política Nacional de Saúde Indígena com foco na atenção à saúde bucal das comunidades do PIX, considerando as tendências da cárie dentária entre crianças e jovens e as ações implementadas no período de 2004 a 2013.

2.2. Objetivos específicos

- a) Analisar a produção científica sobre saúde bucal dos povos indígenas no Brasil no período de 1999 a 2014, verificando os principais problemas de saúde bucal pesquisados e as interfaces destes estudos com a Política Nacional de Saúde Indígena.
- b) Sintetizar as propostas relacionadas à saúde bucal dos povos indígenas, através da análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), formuladas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e na 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde, para operar como referência para a análise da atenção à saúde bucal do PIX.
- c) Descrever a experiência de cárie dentária em 2007 e 2013, da população indígena do PIX, nas idades de 5 e 12 anos e no grupo etário de 15 a 19 anos.
- d) Analisar a evolução de indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica programática, tratamento odontológico básico concluído, proporção de exodontia em relação aos procedimentos, média da ação coletiva de escovação dental supervisionada do PIX, no período de 2004 a 2013.

3. METODOLOGIA

3.1. A revisão de literatura

3.1.1. Estratégia de busca

Foi realizada a busca na literatura de artigos que discutissem a saúde bucal de povos indígenas no Brasil no período de 1999 a 2014. O objetivo desta revisão foi verificar os principais problemas de saúde bucal pesquisados, os indicadores utilizados e as referências sobre os serviços disponíveis de saúde bucal, possibilitando descrever as interfaces destes estudos com a Política Nacional de Saúde Indígena. A estratégia utilizada foi a busca eletrônica, utilizando as bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed/MedLine (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SciELO (Scientific Eletronic Library Online).

Para a identificação dos estudos desta revisão foram utilizados os descritores: *oral health; dental caries; dental occlusion; periodontal diseases e dentistry*. Estes descritores foram combinados com *indians; indigenous population; South American indians*. Na primeira etapa, todos os títulos e resumos resultantes da busca foram lidos.

3.1.2. Critérios de inclusão

Foram selecionados apenas artigos relacionados à saúde bucal de povos indígenas no Brasil com enfoque nos problemas, necessidades, ações e organização dos serviços de saúde bucal no período de 1999 a 2014. Não houve restrição de idioma.

3.1.3. Critérios de exclusão

Foram excluídos os artigos que não tratassem do objeto sobre investigação, artigos de revisão, resumos e estudos arqueológicos.

3.1.4. Análise descritiva dos estudos

Dos artigos selecionados para a revisão, foram sistematizados e analisados de forma descritiva os seguintes dados: autores, ano de publicação, grupos étnicos, região do país, ano do estudo, tipo de estudo, idioma, assuntos abordados pela pesquisa, indicadores utilizados e interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal. Foram conferidas ainda as listas de referências dos estudos selecionados para a identificação de possíveis artigos relevantes que não tivessem sido encontrados.

3.2. A análise das Conferências Nacionais de Saúde

A análise teve como fundamento a teoria das Representações Sociais, que busca compreender saberes, espaços e formas de comunicação dos indivíduos nos seus cotidianos e em suas experiências sociais (Moscovici, 1990). Utilizou-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que segundo Teixeira e Lefèvre (2008): “... consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos, sobretudo (mas não exclusivamente) daqueles provenientes de depoimentos orais...”. E ainda:

[...] com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno. (Teixeira e Lefèvre, 2008).

Os procedimentos desta técnica envolvem: a) seleção das expressões-chave de cada discurso, revelando o principal do conteúdo discursivo; b) identificação da ideia central (IC) de cada uma dessas expressões-chave; c) reunião das expressões-chave referentes às ideias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso síntese

(DSC), na primeira pessoa do singular, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual.

Para o presente estudo, os DSC foram construídos a partir de agregações das propostas presentes nos relatórios finais de oito Conferências Nacionais de Saúde. As conferências são momentos importantes e históricos para a discussão de propostas para melhorias na saúde da população, devendo estar estruturadas no sentido de entender o que deve ser feito para garantir a saúde da população, o que acontece realmente para que esse feito não seja realizado e, por fim, como fazer para que o desejo e o real se efetivem (Carvalho, 2014).

A análise foi realizada a partir das propostas relacionadas à saúde bucal dos povos indígenas, dos relatórios finais das cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena (1986, 1993, 2001, 2006 e 2013), da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004) e das 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde (2007 e 2011). Após a leitura dos relatórios finais dessas conferências, foram selecionadas propostas e expressões-chave relacionadas à organização e ações dos serviços de saúde, à epidemiologia, à pesquisa em saúde indígena e às especificidades da saúde bucal, formulando-se as IC e os DSC, operando como referencial na análise da atenção à saúde bucal no PIX.

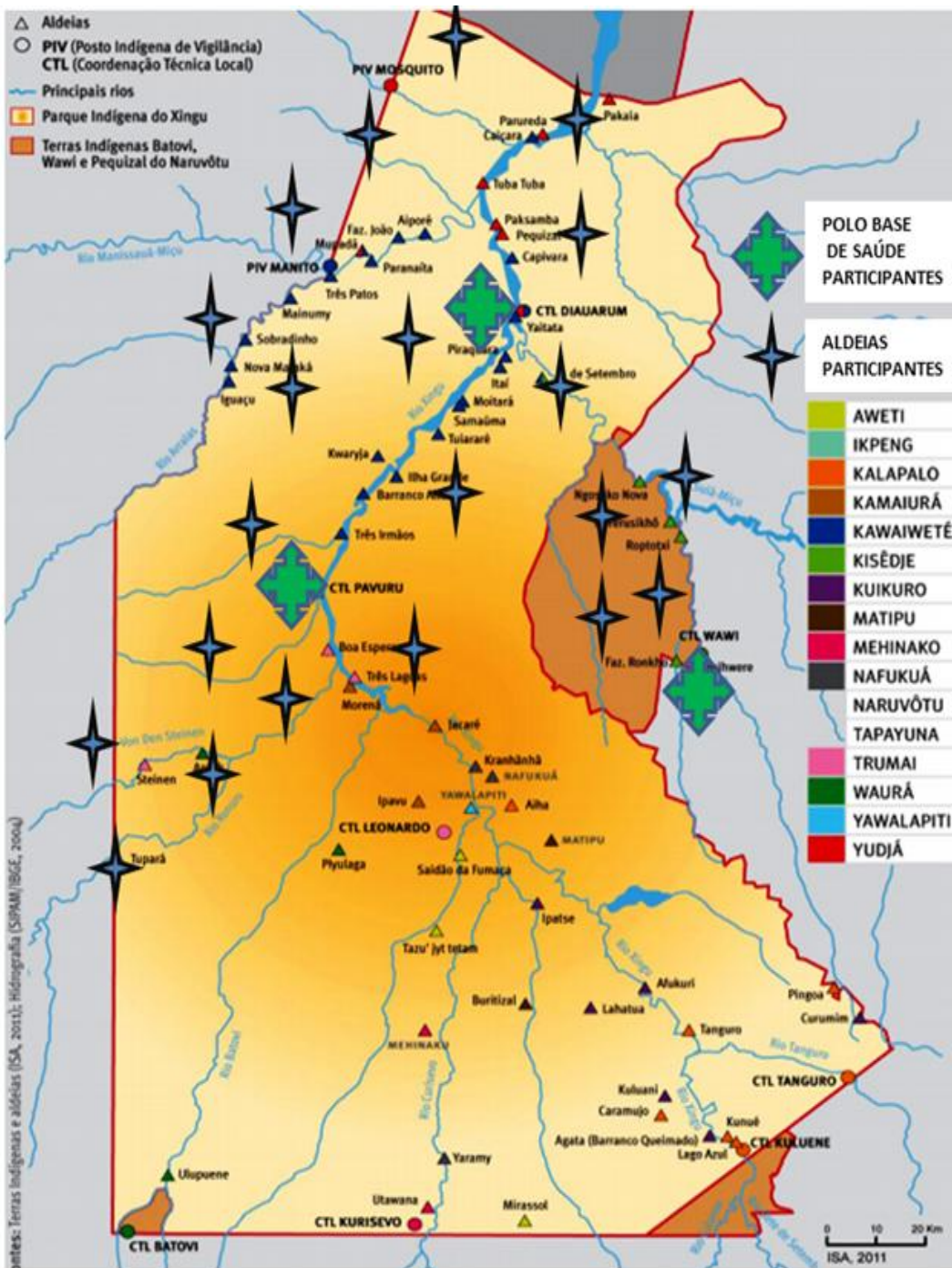
3.3. O estudo de caso - Atenção à saúde bucal no PIX

3.3.1 Campo de Estudo

O PIX, criado em 1961, foi a primeira terra indígena reconhecida no país, abrigando várias etnias (atualmente, são 16 povos). Localiza-se na região nordeste do Estado do Mato Grosso, na parte sul da Amazônia brasileira, e está totalmente inserido na bacia do rio Xingu (Instituto Socioambiental, 2011).

O PIX tem um território de 2.825.470 hectares, que compartilha a mesma gestão político-administrativa e incide em parte dos municípios mato-grossenses de Canarana, Paranatinga, São Félix do Araguaia, São José do Xingu, Gaúcha do Norte, Feliz Natal, Querência, União do Sul, Nova Ubiratã e Marcelândia. Sua população é de aproximadamente 5.800 pessoas, com elevadas taxas de crescimento populacional (Instituto Socioambiental, 2011).

O território estudado localiza-se na região central e ao norte do PIX e corresponde às áreas de abrangência de três dos quatros polos-bases do DSEI Xingu: Pavuru, Diaurum e Wawi (figura 1). No total são 44 aldeias das etnias Kisêdje, Ikpeng, Kaiabi, Trumai, Kamayura, Yudjá, Waurá e Tapayuna totalizando 2.957 pessoas segundo o censo populacional de 2013 (Projeto Xingu, 2013). Cada polo possui uma Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares indígenas de enfermagem, AIS e equipe de apoio. Os cirurgiões-dentistas são responsáveis pela assistência, prevenção e promoção de saúde, supervisão de AIS, atividades de educação em saúde e organização do serviço (Hirooka, 2010).



Fonte: Adaptado do Almanaque Socioambiental, Parque Indígena do Xingu, 50 anos. Instituto Socioambiental, 2011

Figura 1. Aldeias e Polos Base de Saúde participantes da pesquisa, PIX, 2011.

3.3.2. Modelo de Estudo

Trata-se de pesquisa com abordagem qualiquantitativa, do tipo estudo de caso. O estudo de caso foi o desenho escolhido por ser adequado em pesquisas que objetivam contextualizar e aprofundar o estudo de um certo tema (Yin, 2001). Triviños (1987) considera que o estudo de caso orienta a reflexão sobre uma cena, evento ou situação, produzindo uma análise crítica que leva o pesquisador à tomada de decisões e/ou à proposição de ações transformadoras, fundamentando julgamentos e propondo intervenções. Bonoma (1985) relata que o estudo de caso é adequado em situações em que o fenômeno é amplo e complexo, não podendo ser analisado fora do contexto no qual ocorre.

Foram utilizados dados secundários sobre experiência de cárie obtidos em dois inquéritos epidemiológicos transversais, realizados em 2007 e em 2013, disponibilizados no Sistema Local de Informação de Saúde (SLIS) do DSEI Xingu e nos relatórios técnicos do Projeto Xingu da UNIFESP. Foram identificados e descritos indicadores selecionados sobre cobertura e características da atenção individual e coletiva do programa de atenção à saúde bucal do Baixo, Médio e Leste Xingu no período de 2004 a 2013.

3.3.3. Índice de Experiência de Cárie Dentária

Foi utilizado o índice preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 1997), de onde se pode calcular o CPO-D médio (dentição permanente) e o ceo-d (dentição decídua). Estes índices permitem observar a história de cárie vivenciada ou presente através das superfícies dentárias cariadas, perdidas e obturadas. Por esta razão o CPO indica a “experiência de cárie” das pessoas examinadas e a letra D corresponde à unidade de medida, no caso o dente. Além disso, foi avaliada

a proporção de pessoas livres de cárie, ou seja, com ausência de dente cariado, perdido ou obturado (ceo-d ou CPO-D igual a 0). Estes índices foram calculados a partir dos resultados dos dois inquéritos epidemiológicos realizados em 2007 e 2013 nas idades de 5 anos, 12 anos e no grupo etário 15 a 19 anos.

A ficha utilizada em 2007 foi baseada no modelo preconizado no Projeto SB Brasil 2000 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (anexo 1) e em 2013 foi utilizada a Ficha 4 – Odontológica Individual do SIASI (anexo 2), definida nas Diretrizes de Atenção à Saúde Bucal nos DSEI (Brasil, 2007a).

Os exames foram realizados em serviço, com luz natural e uso de espelho bucal e sonda CPI, preconizada pela OMS (1997). De acordo com a técnica preconizada pela OMS, não foi realizada profilaxia prévia ao exame e as pessoas examinadas receberam atendimento odontológico conforme a necessidade observada. Os índices utilizados neste estudo atendem às recomendações da OMS na 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal (World Health Organization, 1997). Para o registro dos elementos dentários, foram utilizadas letras e números que correspondem a códigos para as condições das coroas dentais de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1. Resumo dos códigos e critérios para CPO-D/ceo-d.

Código para Coroa		Condição
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes	
A	0	Hígido
B	1	Cariado
C	2	Restaurado mas com cárie
D	3	Restaurado e sem cárie
E	4	Perdido devido à cárie
F	5	Perdido por outras razões
G	6	Apresenta selante
H	7	Apoio de ponte ou coroa
K	8	Não erupcionado
T	T	Trauma (fratura)
L	9	Dente excluído

Fonte: Adaptado do Manual da Equipe de Campo SB Brasil 2010 – MS

Os dados foram digitados, em 2007, numa base eletrônica construída no software SB Brasil 2003 e, em 2013, no programa Microsoft Excel®.

Foi realizada também uma análise de indivíduos do povo Kaiabi (Kawaiwete), a partir de dados encontrados em 2007 e 2013 e de estudos epidemiológicos de Detogni (1994) e Pacagnella (2007) sobre este povo. Segundo o Instituto Socioambiental, 2015:

[...] o povo Kaiabi resistiu com vigor à invasão de suas terras por empresas seringalistas desde o final do século XIX. A partir dos anos 50, a região dos rios Arinos, dos Peixes e Teles Pires foi retalhada em glebas que viraram fazendas e os Kaiabi se dividiram em três grupos. A maioria se mudou para o Parque Indígena do Xingu em 1966, onde se destacam pela prática de uma agricultura forte e diversificada, uma arte caracterizada por complexos padrões gráficos de inspiração mitológica e uma participação ativa no movimento indígena organizado em defesa dos interesses das etnias do Parque. A base alimentar, composta pela farinha de mandioca e pelo peixe, é complementada por beijus, mingaus à base de mandioca, milho, amendoim, banana, frutas silvestres etc. Anteriormente a caça tinha um papel mais importante na dieta, mas a maior sedentarização do grupo na calha dos rios principais, aliada, entre outros fatores, à rarefação de alguns animais, contribuiu para que a pesca tenha se tornado a principal fonte de proteína animal para o grupo.

A insuficiência de dados disponíveis nos estudos de Detogni (1994) e Pacagnella (2007) impossibilitou que a análise fosse feita conforme o padrão adotado nos inquéritos de 2007 e 2013. No entanto, devido a importância dos achados, optou-se pela manutenção deste recorte étnico no estudo.

3.3.4. Indicadores de Saúde Bucal – cobertura de atenção individual e coletiva

Para o controle e avaliação da atenção à saúde bucal prestada foram definidos, pela FUNASA e pelo MS, alguns indicadores e relatórios a serem utilizados pela EMSI para acompanhar a dinâmica do atendimento realizado, o impacto e os resultados do trabalho odontológico na população indígena (Brasil, 2007a). Foram selecionados os seguintes indicadores:

"Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática" para aferir o acesso ao serviço odontológico (Brasil, 2006b). Este indicador mostra o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, com a finalidade de diagnóstico e, necessariamente, a elaboração de um plano preventivo-terapêutico, para as necessidades detectadas e posterior realização do tratamento odontológico restaurador no âmbito da atenção básica.

$\frac{\text{Nº total de Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas realizadas no Baixo, Médio e Leste Xingu e ano}}{\text{População do Baixo, Médio e Leste Xingu e no mesmo ano}} \times 100$
--

“Tratamento Odontológico básico concluído” para verificar o tratamento da cárie e da doença periodontal (Brasil, 2007a). Esse indicador representa o percentual de pacientes que foram atendidos e estão livres de cárie dentária e doença periodontal.

$\frac{\text{Nº total de Pessoas que concluíram o tratamento odontológico básico no Baixo, Médio e Leste Xingu e ano}}{\text{Total de pessoas que realizaram consulta odontológica programada no Baixo, Médio e Leste Xingu e no mesmo ano}} \times 100$
--

“Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” preconizado pelas Diretrizes de pactuação de objetivos, metas e indicadores de 2013-2015 do MS com o intuito de representar o percentual de extrações dentárias realizadas pelo total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (Brasil, 2013).

$\frac{\text{Nº total de extrações dentárias no Baixo, Médio e Leste Xingu e ano}}{\text{Nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos no Baixo, Médio e Leste Xingu e no mesmo ano}} \times 100$
--

“Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada” preconizado pelas Diretrizes de pactuação de objetivos, metas e indicadores de 2013-2015 do MS com o intuito de verificar o acesso à orientação para prevenção de doenças bucais de uma população através do número de participantes de ações coletivas de escovação dental supervisionada mensalmente pela população do Baixo, Médio e Leste Xingu.

Nº total de Pessoas participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada no Baixo, Médio e Leste Xingu em 12 meses/12x 100
População do Baixo, Médio e Leste Xingu e ano

3.3.5. Coleta de dados

Os dados secundários sobre experiência de cárie dentária em 2007 e 2013 e os indicadores da atenção individual e coletiva de saúde bucal de 2004 a 2013 foram obtidos do banco de dados que constitui o SLIS do DSEI-Xingu. Para aferir os indicadores foram utilizados quatro instrumentos deste sistema:

- a) Ficha 3 - Consolidado mensal de odontologia - atividades coletivas
(anexo 3);
- b) Ficha 4 - Odontológica individual;
- c) Ficha 7 - Consolidado mensal de odontologia – procedimentos individuais
(anexo 4);
- d) “Consolidado eletrônico de Odontologia” construído pelo SLIS adaptado do Sistema de Informação da Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços (COMOA) (anexo 5).

3.3.6. Critérios e códigos adotados

Os índices utilizados e suas devidas adequações atendem às recomendações da OMS na 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal (World Health Organization, 1997). Para descrição dos problemas e indicadores de saúde bucal, a população foi estratificada por sexo e grupo etário.

3.3.7. Análise dos dados

Os dados secundários coletados foram processados no programa Microsoft Excel e analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 16.0. Para organizar a apresentação dos dados foram utilizados tabelas e gráficos, que expressam a distribuição de frequências absolutas e relativas. Para a análise foram calculados média e desvio padrão, considerando um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Foi realizada análise univariada, com cálculo das médias e desvios padrões, segundo sexo e idade ou grupo etário. Foram utilizados os testes estatísticos (Mann-Whitney e Qui-quadrado de Pearson) para a comparação entre sexos e entre as médias dos dois períodos analisados. Para a análise descritiva foram utilizados também gráficos do tipo box plot, fornecendo informações sobre o comportamento do conjunto de dados, como simetria e variabilidade (Soares & Siqueira, 1999).

3.4. Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à aprovação do coordenador do DSEI Xingu e da coordenadora de Saúde Bucal para cessão dos dados secundários através de um Termo de Consentimento para uso de banco de dados do SLIS do DSEI Xingu. Também foi

submetido à aprovação do chefe da Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP um termo para o acesso aos dados secundários do Projeto Xingu. Ainda foi submetido à aprovação do Conselho Distrital de Saúde, sendo os resultados discutidos com os representantes dos conselhos local e distrital de saúde, fornecendo subsídios à atualização dos conhecimentos da comunidade acerca de sua saúde.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública/USP CAAE nº 40968815.0.0000.5421 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o parecer nº 1.004.479.

Foram seguidas as recomendações para pesquisas envolvendo populações indígenas, inclusas nas Resoluções nº 196/96 e nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sem a identificação nominal dos participantes, de forma a garantir a privacidade das informações e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, utilizando-se os dados assim obtidos exclusivamente para os propósitos desta pesquisa.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três partes: 1) a revisão de literatura; 2) o discurso das conferências nacionais de saúde; 3) o programa de atenção à saúde bucal no PIX e indicadores.

4.1. A revisão de literatura - Saúde bucal de povos indígenas no Brasil

A busca inicial nas bases de dados identificou 34 artigos. Após a revisão dos títulos, resumos e palavras-chaves, além da utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 28 artigos. Após a leitura dos artigos e suas referências foram incluídos mais quatro artigos relevantes sobre o tema, totalizando 32 artigos para a análise, descritos na tabela 1.

Em relação aos anos de publicação, observou-se que no período de 1999 a 2007, há publicações apenas em três anos (2001, 2005 e 2006). A partir de 2008 as publicações ocorreram em todos os anos até 2014, sendo que no ano de 2010 houve o maior número de publicações, totalizando seis artigos.

Em relação às regiões do país, 59,4% dos artigos foram realizados na região amazônica do Brasil (19), com o predomínio de estudos no estado do Mato Grosso (14). Nas regiões nordeste e sudeste foram encontrados, respectivamente, seis e cinco artigos. Não foram encontrados artigos na região sul do país. Em dois artigos os autores não especificaram as regiões.

Tabela 1. Artigos publicados sobre saúde bucal de povos indígenas no Brasil no período de 1999 a 2014, segundo autores, ano de publicação, etnias, região do país, ano do estudo, tipo de estudo, assuntos abordados pela pesquisa, indicadores utilizados e presença de aspectos relacionados à política e organização dos serviços de saúde bucal*

Autores/ Ano da Publicação	Etnias/Região do País	Ano do estudo	Tipo de Estudo	Idioma	Assuntos abordados pela pesquisa	Indicadores utilizados	Presença de aspectos relacionados à política e organização dos serviços de saúde bucal
Rigonatto et al., 2001	Yawalapiti, Aweti, Mehinaku e Kamaiurá/ Xingu - Mato Grosso	1991	Transversal	Inglês	Cárie Dentária	CPO-D, ceo-d e IC	Sim
Arantes et al., 2001	Xavante/ Mato Grosso	1997	Transversal	Português	Cárie Dentária, doença periodontal e oclusão	CPO-D, ceo-d, INTPC, Angle	Sim
Piuevzam et al., 2005	Tremembé/ Ceará	2000	Transversal	Português	Cárie Dentária e procedimentos realizados	CPO-D e número de procedimentos odontológicos	Sim
Borborema-Santos et al., 2006	Não identifica as etnias/ Manaus - Amazonas	2006	Estudo de caso clínico	Inglês	Hiperplasia Epitelial Focal	Critérios Clínicos, Reação em cadeia de polimerase (PCR) e sequenciamento de DNA	Sim
Godoy et al., 2006	Fulni-ô/ Pernambuco	...	Transversal	Inglês	Oclusão Dentária	Classificação de Angle	Não
Dumont et al., 2008	Xakriabá/ Minas Gerais	2006	Transversal	Português	Necessidades de Tratamento	Indicadores de necessidade de tratamento	Sim
Nascimento e Scabar, 2008	Shereo/Pará	2006	Transversal	Português	Cárie Dentária	CPO-D, ceo-d, IHOS	Sim
Regalo et al., 2008	Não identifica etnias/ Xingu – Mato Grosso	2007	Transversal	Inglês	Força Mastigatória entre indígenas e não indígenas	Medida de força (dinamômetro)	Não
Carneiro et al., 2008	Baniwa/Alto Rio Negro – Amazonas	2004	Transversal	Português	Cárie Dentária e necessidades de tratamento	CPO-D, ceo-d e indicadores de necessidade de tratamento	Sim

Autores/ Ano da Publicação	Etnias/Região do País	Ano do estudo	Tipo de Estudo	Idioma	Assuntos abordados pela pesquisa	Indicadores utilizados	Presença de aspectos relacionados à política e organização dos serviços de saúde bucal
Diab e Lucas, 2008	Xakriabá/ Minas Gerais	...	Transversal	Português	Cárie Dentária e acesso	CPO-D e ceo-d	Sim
Vieira et al., 2009	Umutina, Paresi, Bororo, Bakairi, Kayabi, Irantxe, Nambikwara e Terena/ Reserva Umutina – Mato Grosso	...	Laboratorial	Inglês	Estudo laboratorial - patógeno periodontal	Ocorrência de <i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i>	Não
Arantes et al., 2009	Xavante/Mato Grosso	1999 e 2004	Longitudinal	Inglês	Cárie Dentária	CPO-D e ceo-d (gênero e grupo etário)	Sim
Alves Filho et al, 2009	Guarani/Rio de Janeiro	2007	Transversal	Português	Cárie Dentária e doença periodontal	CPO-D, ceo-d e CPI, AG	Sim
Arantes et. al, 2010b	Xavante/ Mato Grosso	2004	Transversal	Português	Cárie Dentária	CPO-S	Sim
Mesquita et al., 2010	Ikpeng, Kayabi, Trumai, Kamaiura, Yudja, Kisedje e Waurá/ Xingu – Mato Grosso	2006	Transversal	Inglês	Doença Periodontal	CPI	Sim
Arantes et. al, 2010a	Xavante, Kisedje, Ikpeng, Baniwa, Kayabi, Guarani, Trumai, Kamaiurá, Waurá, Yanomami/ Brasil	2001 a 2007	Longitudinal	Inglês	Cárie Dentária	CPO-D e ceo-d	Sim

Autores/ Ano da Publicação	Etnias/Região do País	Ano do estudo	Tipo de Estudo	Idioma	Assuntos abordados pela pesquisa	Indicadores utilizados	Presença de aspectos relacionados à política e organização dos serviços de saúde bucal
Lemos et al., 2010	Ikpeng, Kayabi, Trumai, Kamaiura, Yudja, Kisedje e Waurá/ Xingu – Mato Grosso	2004 a 2006	Transversal	Português	Indicadores de Serviços	Indicador de acesso, controle doença cárie e doença periodontal, proporção restaurações/extrações, capacitação de AIS e ações coletivas	Sim
Vieira et al., 2010	Umutina, Paresi, Bororo, Bakairi, Kayabi, Irantxe, Nambikwara e Terena/ Reserva Umutina – Mato Grosso	...	Transversal	Português	Anquiloglossia	Prevalência de Anquiloglossia	Sim
Sampaio et al., 2010	Potiguara/ Paraíba	...	Transversal	Inglês	Cárie Dentária e necessidades de tratamento	CPO-D, ceo-d e indicadores de necessidade de tratamento	Sim
Macedo et al., 2011	Não identifica etnias/ Xingu – Mato Grosso	2008	Qualitativo/ Relato de Experiência	Português	Etnopsicologia	Relato de experiência	Sim
Vieira et al., 2011	Umutina, Paresi, Bororo, Bakairi, Kayabi, Irantxe, Nambikwara e Terena - Reserva Umutina – Mato Grosso	...	Transversal	Inglês	Lesões Orais e Higiene Oral	Ocorrência de Lesões Orais e Índice de O'Leary	Não
Alencar et al., 2011	Tupiniquim e Guarani/ Espírito Santo	2011	Transversal	Português	Fluorose Dentária e Doença Periodontal	AG, CPI, Índice de Dean	Sim
Mestriner Jr et al., 2011	...	2006	Qualitativo/ Ensaio	Português	Estrutura dos módulos de um estágio para atuação em área indígena	Relato de experiência – Teleodontologia	Sim

Autores/ Ano da Publicação	Etnias/Região do País	Ano do estudo	Tipo de Estudo	Idioma	Assuntos abordados pela pesquisa	Indicadores utilizados	Presença de aspectos relacionados à política e organização dos serviços de saúde bucal
Normando et al., 2011	Arara- Iri e Arara- Laranjal/ Pará	...	Transversal	Inglês	Oclusão Dentária	Classificação de Angle	Não
Bulgarelli et al., 2012	Xingu – Mato Grosso	2009	Qualitativo/ Análise de conteúdo	Inglês	Percepção de estudantes de odontologia	Análise de conteúdo	Sim
Ulhôa Netto et al., 2012	Pataxó/ Minas Gerais	2006	Transversal	Inglês	Edentulismo e Necessidade de Prótese Dentária	Perda Dentária e Necessidade de Prótese Dentária	Sim
Normando et al., 2013	Arara- Iri e Arara- Laranjal/ Pará	...	Transversal	Inglês	Apinhamento e Desgaste Dentário	Coefficiente de Consanguinidade, Prevalência de Apinhamento Dentário e Medidas Biométricas	Não
Figueiredo et al., 2013	Kiriri/ Bahia	2011	Transversal	Inglês	Doença Periodontal Destrutiva	Perda de Inserção Clínica Periodontal	Sim
Alves Filho et al., 2013	48 povos indígenas do Brasil	2000 a 2007	Ecológico	Português	Cárie Dentaria associada a condições socioambientais	CPO-D e indicadores socioambientais	Sim
Hirooka et al., 2014	Ikpeng, Kayabi, Trumai, Kamaiura, Yudja, Kisedje e Waurá/ Xingu – Mato Grosso	2007	Transversal	Inglês	Cárie Dentária em pares mãe-filho	CPO-D e ceo-d	Sim
Mauricio e Moreira, 2014	Xukuru/ Pernambuco	2010	Transversal	Português	Cárie Dentária e fatores associados	CPO-D e associação de ausência de cárie com condições socioculturais e individuais	Sim
Cury et al., 2014	Kiriri/ Bahia	2011	Transversal	Inglês	Lesões Oraís	Prevalência de lesões orais	Não

* AG = índice de alterações gengivais; ceo-d = índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados; CPI = índice periodontal comunitário; CPO-D = índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados; CPO-S = índice de superfícies dentárias cariadas, perdidas e obturadas; IC = índice de cuidados odontológicos; IHOS = índice de higiene oral simplificado; INTPC = índice de necessidades de tratamento periodontal comunitário, PCR = reação em cadeia de polimerase.

No Brasil, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, estão presentes 305 grupos étnicos indígenas. Os estudos relataram aspectos relacionados à saúde bucal de 43 desses grupos, com predominância de etnias do PIX – Mato Grosso (5), Xavante – Mato Grosso (4) e da Reserva Umutina – Mato Grosso (3), sendo que quatro estudos não diferenciaram as etnias estudadas. O artigo de Arantes et al. (2010b) é o único estudo que avaliou a experiência de cárie entre subgrupos de uma mesma etnia (Xavante), que vivem em diferentes Terras Indígenas, concluindo que as condições de saúde bucal de subgrupos de uma mesma etnia podem apresentar diferenças significativas relacionadas com determinantes locais e regionais, como fatores demográficos, características econômicas e socioculturais específicas, além do acesso e utilização de serviços de saúde. Para estes autores, mesmo que ações de saúde bucal façam parte das atividades do DSEI, persiste uma notável heterogeneidade da oferta de serviços nas terras Xavante.

Em relação ao ano em que os estudos foram realizados, 28,1% (9) dos estudos não trouxeram informações do período estudado e apenas dois estudos foram realizados antes da criação do SASI-SUS. Rigonatto et al. (2001) descreveram a experiência de cárie em indígenas de quatro etnias da região do Alto Xingu em 1991, mostrando elevados índices de cárie em todos os grupos etários, baixa incorporação de serviços de saúde, irregularidade da assistência e mudanças alimentares e culturais após o contato com a população não indígena. Arantes et al. (2001) também mostraram uma tendência de deterioração das condições de saúde bucal da etnia Xavante comparando os anos 1962 e 1991 e observaram a baixa frequência de dentes obturados em adultos e crianças, indicando o pouco acesso a serviços odontológicos.

Em relação aos idiomas, 46,9% dos artigos foram publicados no idioma inglês e 53,1% no português. De acordo com o tipo de estudo, 24 eram transversais, três qualitativos, dois longitudinais, um laboratorial, um estudo de caso clínico e um ecológico. Os estudos que utilizaram metodologia qualitativa estão relacionados ao Projeto Huka Katu da FORP-USP no PIX. Macedo et al. (2011) relataram a experiência profissional vivenciada durante aulas, reuniões e inserção de estudantes em área indígena, trazendo elementos da psicanálise e da etnopsicologia para discutir a formação do profissional odontólogo em contextos interculturais, a importância da escuta e a possibilidade de refiná-la. Mestriner Jr et al. (2011) discutiram o desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde perante a experiência prática proporcionada pelo projeto acadêmico, que permitiu uma ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença e suas implicações na prática odontológica, na perspectiva do cuidado à saúde, permeados pela ideia de respeito, justiça e solidariedade. Bulgarelli et al. (2012) abordaram a importância deste projeto por ampliar o entendimento dos estudantes sobre promoção de saúde e prepará-los para o enfrentamento de situações adversas, desenvolvendo um senso de responsabilidade e respeito ao outro, compreendendo o paciente em sua totalidade.

O problema de saúde bucal mais investigado foi a cárie dentária (14), indicando altos índices na maioria dos trabalhos, seguido de doença periodontal (6), má-oclusão (4), lesões orais (3), necessidades de tratamento dentário (3), indicadores de serviços de saúde bucal (3), formação de profissionais (3), higiene bucal (1), fluorose dentária (1) e necessidade de prótese dentária (2). Os indicadores mais utilizados foram o CPO-D seguido do ceo-d, CPI e classificação de *Angle*. Dos 32 artigos analisados, 25 relataram alguma interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal (Quadro 2).

Quadro 2. Artigos publicados sobre saúde bucal de povos indígenas no Brasil no período de 1999 a 2014, segundo autores, ano de publicação, etnias, região do país e interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal.

Autores, Ano da Publicação	Etnias/Região do país	Interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal
Rigonatto et al., 2001	Yawalapiti, Aweti, Mehinaku e Kamaiurá/Xingu - Mato Grosso	Relata os serviços ofertados pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e o projeto desenvolvido em parceria com a USP para a prestação de assistência no Alto Xingu. A partir dos altos índices de cárie dentária encontrados, indicam baixa incorporação de serviços de saúde, irregularidade de assistência, mudanças alimentares e culturais após o contato com a população não indígena e a necessidade urgente de ações de promoção de saúde bucal.
Arantes et al., 2001	Xavante/Mato Grosso	A baixa frequência de dentes obturados em adultos e crianças indica o pouco acesso aos serviços odontológicos. Sugere a implementação de programas preventivos e outras iniciativas, a partir da observação das péssimas condições bucais deste povo.
Piuvezam et al., 2005	Tremembé/Ceará	Estudo realizado por uma parceria entre uma entidade religiosa e universidades (Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Metodista de Piracicaba), sendo discutido com o Conselho de Saúde Local e com as lideranças da comunidade Almofala. Descreve ações de promoção de saúde bucal através de oficinas de prevenção, confecção de cartilha sobre a saúde bucal Tremembé e formação de agentes multiplicadores. Discute a precariedade da assistência destes povos e uma política pública descomprometida e não direcionada para esta população.
Borborema-Santos et al., 2006	Não identifica etnias/Amazonas	Apenas discute a necessidade de mais estudos epidemiológicos sobre a Hiperplasia Epitelial Focal entre os povos indígenas.
Dumont et al., 2008	Xakriabá/Minas Gerais	Estudo com objetivo de conhecer as necessidades de saúde bucal do povo Xakriabá, para organizar os serviços de saúde ofertados e os agendamentos de pacientes. Identifica a FUNASA e a organização dos serviços de saúde através dos polos bases e suas aldeias. Sugere a necessidade da intensificação de medidas de promoção de saúde e discute a relevância do estudo para organizar os serviços de saúde bucal.

Autores, Ano da Publicação	Etnias/Região do país	Interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal
Nascimento e Scabar, 2008	Shereo/Pará	Justifica o estudo a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, demonstrando que a atenção aos indígenas é uma das necessidades para que se cumpram os princípios da Política Nacional de Saúde Bucal. Descreve o trabalho preventivo realizado pelos AIS e a partir dos elevados índices de cárie dentária, conclui a necessidade da realização de ações preventivas, educativas e assistenciais, adaptadas à realidade local.
Carneiro et al., 2008	Baniwa/ Alto Rio Negro – Amazonas	Descreve a organização dos serviços de saúde bucal, as aldeias, o polo base e o DSEI Alto Rio Negro. Relata as visitas realizadas pela equipe de saúde bucal semestralmente e a necessidade de uma maior frequência do acesso aos materiais de higiene oral e de ações preventivas. Os altos índices de cárie dentária e o edentulismo sugerem melhorias na atenção à saúde bucal destes povos e na oferta de reabilitação oral, considerando-se a complexidade sociocultural, as mudanças econômicas e os hábitos alimentares.
Diab e Lucas, 2008	Xakriabá/ Minas Gerais	Identifica os serviços de saúde através de polos base do DSEI Minas Gerais/Espírito Santo e do município São João das Missões. Evidencia um modelo assistencial desorganizado e sugere a necessidade de organizar, de forma intersetorial, ações de promoção e prevenção em saúde para esta população.
Arantes et al., 2009	Xavante/Mato Grosso	Descreve um programa preventivo incorporado durante o período do estudo (5 anos) focado em crianças de 6 a 15 anos. O fato de mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos apresentarem um aumento significativo de dentes cariados pode estar relacionado a fatores e mudanças socioculturais e econômicas destes povos, como também ao menor acesso aos serviços de saúde bucal.
Alves Filho et al, 2009	Guarani/ Rio de Janeiro	Identifica o polo base Angra dos Reis e o DSEI Litoral Sul, citando que o SIASI não havia sido implantado pelo serviço. Conclui que nesta região há um melhor acesso às ações e serviços de saúde bucal e sugere a realização de ações de promoção de saúde bucal que contemplem as especificidades deste grupo étnico.

Autores, Ano da Publicação	Etnias/Região do país	Interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal
Arantes et. al, 2010b	Xavante/Mato Grosso	Identifica as Terras Indígenas Xavante e o DSEI Xavante. Discute que mesmo que as ações de saúde bucal façam parte das atividades do DSEI, persiste uma notável heterogeneidade de acesso e utilização dos serviços entre os Xavante, sendo realizados de forma descontínua, com baixa cobertura e distribuídos irregularmente entre as diferentes comunidades.
Mesquita et al., 2010	Ikpeng, Kayabi, Trumai, Kamaiura, Yudja, Kisedje e Waurá/ Xingu- Mato Grosso	Relata a parceria entre a FORP-USP, UNIFESP e FUNASA no desenvolvimento de um programa de atenção a saúde bucal no Baixo e Médio Xingu a partir de uma demanda das comunidades indígenas, baseado na Política Nacional de Saúde Bucal e na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
Arantes et. al, 2010a	Xavante, Kisedje, Ikpeng, Baniwa, Kayabi, Guarani, Trumai, Kamaiurá, Waurá, Yanomami/ Brasil	Discute a heterogeneidade da implantação e organização dos serviços de saúde bucal em diferentes DSEI a partir de estudos com vários povos, muitas vezes deixando uma grande parte da população indígena sem assistência. Algumas iniciativas, apoiadas por acordos entre instituições públicas e privadas e associações indígenas, têm tentado superar as barreiras culturais, econômicas e geográficas para assegurar atenção à saúde bucal dos povos indígenas. Descreve o programa bem sucedido de intervenção desenvolvido em uma comunidade Xavante, priorizando ações de promoção e prevenção de saúde bucal.
Lemos et al., 2010	Ikpeng, Kayabi, Trumai, Kamaiura, Yudja, Kisedje e Waurá/ Xingu- Mato Grosso	Identifica o DSEI Xingu, os polos base e aldeias. Relata a parceria entre a FORP-USP, UNIFESP, Colgate® e FUNASA no desenvolvimento de um programa de atenção à saúde bucal no Baixo e Médio Xingu a partir de problemas percebidos pela população e com abordagem intersectorial. Descreve a evolução de indicadores dos serviços de saúde bucal oferecidos, o acesso a serviços de reabilitação oral e a formação de indígenas para o trabalho em saúde como grandes resultados deste programa.
Vieira et al., 2010	Umutina, Paresi, Bororo, Bakairi, Kayabi, Irantxe, Nambikwara e Terena/ Reserva Umutina - Mato Grosso	Relata a rotina de atendimento e o acesso aos serviços de saúde bucal mensalmente. Os portadores da alteração avaliada (anquiloglossia) se mostraram mais frequentes nos serviços de saúde bucal, mas o acesso ainda é baixo nestas comunidades.

Autores, Ano da Publicação	Etnias/Região do país	Interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal
Sampaio et al., 2010	Potiguara/Paraíba	Identifica o DSEI Paraíba e relata o estímulo pela FUNASA, em 2001, para a realização de pesquisas epidemiológicas. O estudo identifica a falta de acesso a serviços de saúde bucal regularmente, ausência de flúor nas águas de abastecimento e maiores índices de cárie dentária dos indígenas quando comparados com a população não indígena.
Macedo et al., 2011	Não identifica etnia/ Xingu - Mato Grosso	Relata que a 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena propõem um modelo de atenção diferenciada e a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena propõe diretrizes sobre a interculturalidade e o respeito aos conhecimentos tradicionais. Descreve uma disciplina desenvolvida pela USP na busca de desenvolver competências para a atuação na atenção primária à saúde e na saúde indígena. Reflete que o trabalho da psicologia pode auxiliar no trabalho em contextos interculturais das equipes multiprofissionais de saúde.
Alencar et al., 2011	Tupiniquim e Guarani/ Espírito Santo	Identifica o município Aracruz como responsável pelos serviços de saúde bucal. Discute a necessidade da implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção e promoção de saúde específicas para estes povos.
Mestriner Jr et al., 2011	...	Descreve o processo preparatório de alunos do Projeto Huka Katu da FORP-USP para um estágio em comunidades indígenas e o desenvolvimento de competências para a atenção básica de saúde e para o SASI-SUS.
Bulgarelli et al., 2012	Não identifica etnia/ Xingu - Mato Grosso	Discute a importância do Projeto Huka Katu na formação dos alunos de odontologia ampliando o entendimento dos estudantes sobre promoção de saúde e preparando-os para enfrentar situações adversas em suas profissões futuras, como também, desenvolvendo um senso de responsabilidade e respeito ao outro, compreendendo o paciente em sua totalidade.

Autores, Ano da Publicação	Etnias/Região do país	Interface com a política e organização dos serviços de saúde bucal
Ulhôa Netto et al., 2012	Pataxó/ Minas Gerais	<p>Estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais a partir de uma demanda da comunidade sobre a necessidade do uso de próteses dentárias. Os resultados da pesquisa indicam uma atenção primária mutiladora e ausência da atenção secundária para este povo. Identifica a FUNASA e os DSEI e aborda a necessidade urgente de ações de promoção de saúde bucal e a revisão da atenção à saúde bucal oferecida nas aldeias deste estudo.</p>
Figueiredo et al., 2013	Kiriri/ Bahia	<p>Relata a dificuldade de acesso aos serviços de saúde destes povos e a necessidade de um programa específico de saúde bucal para esta população.</p>
Alves Filho et al., 2013	48 povos indígenas no Brasil	<p>Sugere desigualdades de acesso entre os povos indígenas, sendo que os povos que habitam a região Amazônica encontram maiores dificuldades no acesso aos serviços e às ações de prevenção e promoção de saúde. Identifica a FUNASA e o Sistema de Informação de Saneamento em área indígena (SISABI) buscando uma associação entre desigualdades sociais e ambientais com a cárie dentária. Conclui que aspectos relacionados à localização e infraestrutura podem estar associados à ocorrência de cárie dentária entre indígenas no Brasil.</p>
Hirooka et al., 2014	Ikpeng, Kayabi, Trumai, Kamaiura, Yudja, Kisedje e Waurá/ Xingu- Mato Grosso	<p>Relata as parcerias realizadas no DSEI Xingu e apesar da existência de serviços de atenção à saúde bucal e com impactos importantes, estes precisam ser expandidos e/ou novas estratégias formuladas, particularmente em relação às crianças menores de cinco anos, considerando a complexidade e especificidades socioculturais dos povos indígenas.</p>
Mauricio e Moreira, 2014	Xukuru/ Pernambuco	<p>Sugere dificuldades no acesso aos serviços de saúde desta população e abordam a necessidade de medidas sociais, econômicas e políticas voltadas ao enfrentamento da exclusão social destes povos através da promoção de saúde bucal.</p>

Oito estudos descreveram parcerias com instituições de ensino para o desenvolvimento de projetos assistenciais e preventivos. Foram citadas cinco universidades: USP, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UNIFESP e Universidade Metodista de Piracicaba. Vinte e três artigos relataram a aprovação dos projetos por lideranças indígenas e/ou conselho de saúde para sua realização, sendo que três artigos relataram que o estudo foi desenvolvido a partir de uma demanda da própria comunidade. Ulhôa Netto et al. (2012) descreveram o edentulismo e a necessidade de reabilitação dentária de 152 indígenas maiores de 14 anos da etnia Pataxó, do município de Carmésia, Minas Gerais. Os índices de perda dentária e necessidade de prótese foram maiores do que na população do sudeste do país e da população brasileira. A necessidade de prótese dentária na faixa etária de 35-44 anos foi de 88,5%, sendo que 56,6% de todos os indivíduos avaliados necessitavam de reabilitação oral. Piuzevam et al. (2005) descreveram a realização de oficinas de educação em saúde bucal para o povo Tremembé, possibilitando a formação de agentes multiplicadores e a confecção de uma cartilha sobre a saúde bucal Tremembé da região do Ceará. Arantes et al. (2010a) apresentaram o programa de saúde bucal desenvolvido em uma comunidade Xavante que teve como princípios: a participação da comunidade, a promoção da saúde, formação de recursos humanos, a utilização de tecnologia apropriada, o uso de flúor e principalmente o respeito pelos modelos explicativos de saúde e doença deste povo, reconhecendo seus cuidados tradicionais e buscando uma articulação entre os saberes a partir de três vertentes principais: educacional, preventiva e clínica. Este estudo destacou a importância da promoção da saúde bucal através de medidas preventivas, tais como o acesso ao flúor, para a redução das iniquidades entre indígenas e não indígenas.

Em relação à organização dos serviços de saúde e ao acesso, nove artigos identificaram o DSEI ou polos base e 18 estudos demonstraram preocupação com desigualdades, iniquidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal. Apenas três estudos descreveram indicadores ou informações sobre os serviços de saúde bucal oferecidos. Dumont et al. (2008) buscaram conhecer as necessidades de tratamento odontológico em 2.246 indígenas da etnia Xakriabá para a organização dos serviços de saúde. O estudo indicou que aproximadamente 62% dos indivíduos avaliados apresentavam dentes cariados, sugerindo a necessidade da intensificação de medidas de promoção de saúde e organização do acesso aos serviços de saúde bucal, priorizando as aldeias com maiores necessidades. Sampaio et al. (2010) avaliaram a experiência de cárie e necessidades de tratamento de indígenas da reserva indígena Potiguará na Paraíba, apresentando altos índices de cárie dentária e necessidades de tratamento em todas as faixas etárias. O estudo identificou a falta de acesso a serviços de saúde bucal regularmente, não acesso ao flúor nas águas de abastecimento e maiores índices de cárie dentária comparada à população não indígena. Lemos et al. (2010) descreveram a evolução dos indicadores de saúde bucal no período de 2004 a 2006 no Baixo e Médio Xingu. O estudo evidenciou a ampliação dos atendimentos odontológicos e da resolutividade das ações individuais e coletivas a partir da parceria estabelecida entre universidades, instituição privada e gestão do SASI-SUS, possibilitando também uma referência odontológica especializada de reabilitação oral nesta região.

As Conferências de Saúde são pouco relatadas nos estudos sendo citadas em apenas dois artigos: Macedo et al. (2011) fizeram referência a 1ª e 2ª CNSI, enquanto Nascimento e Scabar (2008) justificaram seu estudo a partir de propostas da 3ª Conferência Nacional de

Saúde Bucal. Este estudo foi realizado na aldeia Wakri da etnia Shereo do estado do Pará e mostrou que apenas 11% das crianças de 5 e 6 anos estavam livres de cárie e 90% do índice ceo-d correspondia ao componente cariado.

Sobre os sistemas de informação dos serviços de saúde, dois artigos relataram a existência de algum sistema de informação. Alves Filho et al. (2009) identificaram o polo base Angra dos Reis e o DSEI Litoral Sul, relatando que o SIASI ainda não havia sido implantado pelo serviço. Este estudo concluiu que há um melhor acesso às ações e serviços de saúde bucal nesta região e sugeriu a realização de ações de promoção de saúde bucal que contemplem as especificidades da etnia Guarani. Alves Filho et al. (2013) realizaram um estudo ecológico que investigou a associação entre desigualdades sociais e ambientais com a cárie dentária a partir do Sistema de Informação de Saneamento em Área Indígena (SISABI) e de artigos científicos no período de 2000 a 2007 com 48 povos indígenas. A ocorrência de cárie dentária foi inversamente associada à localização de aldeias fora da Amazônia Legal, com eletrificação e casas com cobertura de sapé/palha. As maiores médias de CPO-D foram encontradas naquelas situadas na Amazônia Legal. A presença de escola foi associada a maiores índices de CPO-D. Aspectos relacionados à localização e infraestrutura podem estar associados à ocorrência de cárie dentária entre indígenas no Brasil.

4.2. O Discurso das Conferências Nacionais de Saúde

A análise do discurso das Conferências Nacionais de Saúde utilizou a técnica do DSC e foi realizada a partir das propostas relacionadas à saúde bucal dos povos indígenas, constantes nos relatórios finais de oito Conferências Nacionais de Saúde, no período de 1986 a 2013.

Os relatórios finais da 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena foram o ponto de partida para a seleção de propostas relacionadas à organização e ações dos serviços de saúde e às especificidades da saúde bucal. Buscou-se também analisar aspectos relacionados à epidemiologia e à pesquisa em saúde indígena. Estas conferências foram marcadas como grandes conquistas do movimento indígena. A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, em 1986, apresentou um relatório sintético com poucas diretrizes e propostas, mas abordou princípios fundamentais do sistema universal de saúde e a necessidade da participação indígena em todos os momentos de decisão sobre sua saúde. A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, definiu os princípios e diretrizes do modelo de atenção à saúde diferenciado e adequado às especificidades dos povos indígenas. As questões territoriais, o respeito às especificidades etnoculturais, a garantia de cidadania plena, a formação de indígenas para o trabalho e o acesso e organização dos serviços de saúde foram temas inicialmente abordados nestas conferências e recorrentes nas demais.

Destaca-se a 3ª CNSI, em 2001, intitulada “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com controle social”, que analisou os avanços e entraves da implantação dos DSEI propondo diretrizes para a sua efetivação. As propostas direcionadas ao fortalecimento do controle social foram destacadas nesta conferência. Em

2006, a situação encontrada na saúde indígena era desfavorável e a 4ª CNSI com o tema central “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições” foi um momento de diversas manifestações de insatisfação dos indígenas com a gestão das ações de saúde e evidenciou uma demanda por mudanças, iniciando um intenso debate sobre a mudança de gestão da FUNASA. Com esta mudança, a 5ª CNSI foi a primeira conferência organizada após a criação da SESAI na estrutura do MS, apenas em 2013, com o tema central “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”. Nesta conferência participaram mais de 1.200 delegados indígenas e não indígenas, entre gestores, usuários e profissionais de saúde, ficando evidentes as dificuldades relacionadas à integralidade da atenção à saúde indígena e a necessidade de buscar uma articulação efetiva do subsistema com o SUS.

Neste estudo também foi selecionada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004, por ter sido um importante momento para a inclusão da saúde bucal na agenda das políticas de saúde no Brasil, frente às demandas sociais e à recente conclusão do levantamento epidemiológico nacional (SB Brasil). Esta conferência, tendo como referência a saúde bucal para a qualidade de vida, possibilitou um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares. Foi possível identificar 19 propostas relacionadas à saúde indígena.

A realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, demonstrou uma discussão ampla, qualificada e amadurecida para a democratização das políticas públicas de saúde do país. Refletiu sobre os desafios do SUS como a gestão dos recursos humanos, a melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, o aprimoramento dos mecanismos de

controle, a intersetorialidade, a inversão do modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira única do SUS. No relatório final foi possível identificar 61 propostas relacionadas à saúde indígena, sendo que o termo “indígena” foi utilizado em 43 propostas.

O Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2012a) indicou 343 propostas divididas em 15 diretrizes com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”. Este relatório, sucinto, contém sugestões importantes de mudanças e desafios no padrão de funcionamento do SUS. Foram identificadas 21 propostas e uma moção específica e extensa sobre a saúde indígena.

A análise das propostas ocorreu no período de maio a julho de 2015, sendo selecionadas oito categorias temáticas e construídos 16 DSC, que trouxeram informações relevantes para a discussão sobre o Programa de Atenção à Saúde Bucal do Baixo, Médio e Leste Xingu.

4.2.1. Categoria analítica: acesso, princípios do SUS e culturas indígenas

IC – 1: O acesso deve respeitar os princípios do SUS e as culturas indígenas

O direito, acesso e acolhimento dos povos indígenas às ações e serviços de saúde devem ser realizados seguindo as diretrizes e princípios do SUS, garantindo a universalidade do acesso com enfoque diferenciado, respeitando e reconhecendo as especificidades e diversidades etnoculturais, além das necessidades locais. Na formulação de políticas, legislações, ações e alocação de recursos deve se garantir a equidade. O MS buscará a integração de todos os níveis de atenção do SUS, visando um atendimento humanizado e de qualidade, fundamentado nas linhas de cuidado integral, articulado com as

práticas tradicionais indígenas, buscando o enfrentamento das desigualdades regionais, aumento da oferta de serviços, resolutividade e democratização, devendo a participação indígena ser extensiva a todos os momentos de decisão sobre a atenção à saúde.

4.2.2. Categoria analítica: descentralização da saúde indígena e articulação com o SUS

IC – 1: O subsistema de atenção à saúde indígena deve ser descentralizado e articulado com os demais níveis de atenção do SUS

O órgão do MS responsável pela saúde indígena deve ter níveis de gerência nacional, regional e distrital além de autonomia administrativa, orçamentária e financeira de gestão. O modelo de atenção à saúde deve ser baseado nos DSEI, caracterizados pelo território, controle social e pelas redes de serviços existentes, de acordo com a realidade e a necessidade dos mesmos, garantindo a não municipalização da Saúde Indígena. O MS deve estabelecer as responsabilidades e os compromissos de cada esfera de gestão do SUS, promover maior articulação nas gestões Tripartite e Bipartite para o fortalecimento do SASI-SUS. Devem ser pactuadas, através da Programação de Pactuação Integrada (PPI), quotas para internações, exames laboratoriais e consultas especializadas, sendo referendados pelo Conselho Estadual de Saúde e pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.

4.2.3. Categoria analítica: recursos humanos para a saúde indígena

IC – 1: A contratação e a formação de recursos humanos para a saúde indígena devem ser diferenciadas, respeitando as diversidades socioculturais

O MS deve garantir a contratação, ampliação, formação permanente e fixação de profissionais nas EMSI, em número suficiente, estabelecendo uma política de recursos humanos, específica e diferenciada, para a saúde indígena com plano de cargos e carreiras. Os profissionais devem ser contratados, preferencialmente, por concursos públicos específicos que priorizem os que já atuam na saúde indígena e que sejam diferenciados para os profissionais indígenas, atendendo as necessidades locais. Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados quanto ao respeito à diversidade sociocultural e antropológica, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura. A contratação, avaliação de desempenho e demissão de profissionais de saúde devem ser acompanhadas em todas as etapas pelos Conselhos Distritais com a participação de lideranças e da comunidade, garantindo também supervisão técnica da equipe bimestralmente.

IC – 2: O trabalho e a contratação do Agente Indígena de Saúde (AIS) devem seguir as necessidades geográficas, epidemiológicas, culturais e comunitárias, reconhecendo-o como categoria profissional.

Adequar e contratar o número de AIS, incluindo mulheres, considerando número de famílias, dispersão de moradias, necessidades das comunidades, condições de acesso geográfico, perfil epidemiológico e aspectos culturais, sendo selecionados pela própria comunidade. Reconhecer e regulamentar como categoria profissional o AIS, Agente Indígena de Saúde Bucal (AISB) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN), valorizando-os e proporcionando a melhoria nas condições de trabalho, garantindo isonomia salarial e todos os direitos trabalhistas.

IC – 2: A contratação do AIS deve ser proporcional ao número de enfermeiros

Deve ser observada a proporção de no máximo 15 AIS para cada enfermeiro nas EMSI.

4.2.4. Categoria analítica: programas, ações e protocolos em consonância com os valores culturais

IC – 1: Os programas, ações e protocolos de atenção à saúde do MS devem ser implantados nas áreas indígenas respeitando as especificidades culturais

Implantar, acompanhar e avaliar todos os programas de atenção à saúde definidos pelo MS nas áreas indígenas, voltados às especificidades culturais de cada povo, além de protocolos técnicos para os profissionais de saúde. As ações devem ser direcionadas para a promoção, prevenção, assistência, monitoramento, avaliação e participação, priorizando as ações de prevenção e promoção à saúde, considerando as concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e doença dos povos indígenas, assegurando a execução do plano distrital aprovado no Conselho Distrital e garantindo a participação dos profissionais tradicionais nos serviços de saúde. Implantar ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária em todos os municípios com áreas indígenas, garantindo assessoria técnica de vigilância em saúde, ciências humanas e áreas afins junto ao DSEI.

IC – 2: Os programas e as ações de saúde bucal devem ser contínuos, qualificados e de ampla cobertura, respeitando os valores culturais e a integralidade do cuidado

Implementar ações de saúde bucal junto às populações indígenas após ampla discussão com as suas organizações, a fim de se garantir o estabelecimento de um programa de atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, e que

considere as experiências e os valores culturais de cada povo indígena, ampliando a cobertura e a qualidade das ações em todos os níveis de atenção, considerando as linhas de cuidado, visando a sua promoção, proteção e recuperação. Deve-se garantir acesso universal à escova, ao fio dental, à água e ao creme dental fluoretados regularmente e acesso sistemático ao flúor tópico, em locais onde não há água fluoretada, por meio de programas organizados, contínuos e de ampla cobertura. Avaliar semestralmente a saúde bucal de crianças e adolescentes, realizar visitas domiciliares, ofertar “procedimentos de ação coletiva de escovação dental supervisionada” e implantar o atendimento odontológico nas Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI).

IC – 3: Implantar o programa Brasil Sorridente Indígena e os Centros de Especialidades Odontológicas

Efetivar a implantação do Programa Brasil Sorridente Indígena, contemplando a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por município, ampliando o financiamento e a fiscalização deste serviço e garantindo o cadastro e a implantação de Laboratórios de Próteses Dentárias nas instâncias de referência dos DSEI, assegurando a oferta de próteses e outras especialidades como a ortodontia e a ortopedia funcional. Formalizar contratos para atendimento odontológico especializado nos polos base que não possuem referência no SUS.

4.2.5. Categoria analítica: articulação da saúde com outros setores

IC – 1: Implantação de ações intersetoriais para o exercício da cidadania e inclusão social

Implantação de medidas e ações intersetoriais voltadas para o combate à discriminação e preconceitos em relação aos povos indígenas, valorização da diversidade cultural e exercício da cidadania, respeitando as especificidades regionais, a diversidade cultural e as relações de trabalho, propiciando espaços para debates e comunicação sobre as diferenças, com o objetivo de identificar e superar atitudes discriminatórias.

IC – 2: Integração entre saúde e educação para a valorização das práticas tradicionais e dos cuidados com a saúde bucal

Apoiar e incentivar o trabalho integrado das EMSI junto aos professores indígenas nas escolas, valorizando as práticas tradicionais de cura e autocuidado, com projetos educativos sobre hábitos alimentares, orais e ambientais, em parceria com as secretarias de agricultura, da educação, da assistência social e outros órgãos afins. Incluir no currículo escolar do ensino fundamental e médio, conceitos e práticas de saúde bucal e implantar “escovódromos” em todas as escolas indígenas. Garantir a oferta de merenda diferenciada nas escolas indígenas, a distribuição semestral de kits básicos de higiene bucal e a inclusão de produtos de higiene bucal na cesta básica. Criar grupos de educação em saúde bucal, para elaborar e difundir informações sobre a saúde de forma contínua, levando em conta as culturas locais. Realizar oficinas culinárias com confecção de material específico sobre alimentação tradicional nas línguas indígenas.

IC – 3: Articulação dos serviços de saúde com instituições de ensino para pesquisas

Realizar convênios e cooperação técnica com instituições de ensino e pesquisa na área de saúde, definidos a partir dos interesses das comunidades envolvidas e de suas tradições e costumes, para elaboração e acompanhamento de projetos de assistência à saúde. Que as instituições de ensino superior, em articulação com os serviços de saúde, invistam em campos de estágios, por meio de projetos, estudos e pesquisas estratégicas para o SUS, que contribuam com a superação de problemáticas da saúde, garantindo o direito à propriedade intelectual das populações indígenas, relativas ao saber tradicional sobre recursos naturais e proteção legal aos conhecimentos associados ao patrimônio genético.

IC - 4: Interação com a FUNAI na aprovação e acompanhamento de pesquisas de saúde em áreas indígenas

As pesquisas devem ser aprovadas pelo CONEP e fiscalizadas pela FUNAI, SESAI e Conselho Local e Distrital de Saúde Indígena. Seus resultados devem ser disponibilizados para a comunidade pesquisada, de maneira completa e acessível, e arquivados em banco de dados. Assegurar que os gestores dos DSEI estabeleçam, junto a FUNAI, fluxo regular de envio de pesquisas de saúde na área de abrangência dos DSEI.

4.2.6. Categoria analítica: pesquisa e epidemiologia nos serviços de saúde

IC -1: O uso da epidemiologia nos serviços de saúde deve direcionar o planejamento das ações e políticas de saúde

As identificações do perfil epidemiológico e dos condicionantes do processo saúde-doença de cada população indígena devem ser realizadas regularmente, direcionando o planejamento, execução, avaliação e recursos humanos necessários para a realização das

ações de saúde. Os resultados das análises devem ser passados às lideranças indígenas e autoridades sanitárias, divulgando sistematicamente informações sobre a atenção à saúde indígena, sensibilizando gestores municipais, estaduais e sociedade civil. Os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde devem ser aperfeiçoados, investindo na qualificação dos serviços de epidemiologia e vigilância em saúde com a utilização de informações sobre a situação, necessidades de saúde e critérios epidemiológicos para elaborar, planejar e avaliar políticas que considerem a diversidade racial, étnica, cultural e geográfica.

IC -2: Avaliação das ações de saúde bucal através de indicadores adequados

Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos, construídos de forma pactuada entre as três esferas do governo e o controle social, avaliando periodicamente os indicadores contemplados no Pacto de Atenção Básica e na PPI. Devem ser padronizadas fichas para a realização de levantamento epidemiológico em saúde bucal periodicamente.

4.2.7. Categoria analítica: sistemas de informação da saúde indígena

IC – 1: Deve ser implantado um sistema de informação que contemple as especificidades de cada população indígena, sendo integrado aos sistemas de informação do MS

Garantir a implantação e o funcionamento de um sistema de informações capaz de coletar e processar, de forma regular, os dados necessários à análise epidemiológica e às especificidades de cada povo, incluindo traduções nas línguas maternas dos formulários preenchidos pelos AIS. A sistematização e análise das informações em saúde devem ser

descentralizadas para o nível local e polos base, garantindo infraestrutura em informática e telecomunicações, assessoria técnica e capacitação das equipes, implantando um sistema de monitoramento e avaliação semestral da assistência à saúde prestada, com indicadores epidemiológicos preestabelecidos. Este sistema deve estar disponível para todos os DSEI e se comunicar com os demais sistemas de informações do MS, garantindo um fluxo bidirecional entre municípios, polos e FUNAI, sendo obrigatório o preenchimento do campo "raça/etnia".

4.2.8. Categoria analítica: estrutura dos serviços de saúde bucal

IC – 1: Garantir estrutura adequada para a realização das ações em saúde bucal

Garantir estrutura física, insumos, acesso, logística e equipamentos odontológicos (alocação de recursos, padronização, aquisição, distribuição, manutenção, conservação e reposição) em quantidade suficiente para o atendimento à população indígena nos polos bases e nas aldeias, ampliando a quantidade de consultórios odontológicos fixos e portáteis nas aldeias e adquirindo unidades fluviais móveis equipadas com consultório odontológico, garantindo cobertura de todas as aldeias, em conformidade com o Plano Distrital. Reformar os serviços que se encontrem com estrutura em desacordo com as diretrizes e normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Garantir insumos básicos necessários à realização dos procedimentos coletivos como material de higiene oral, além de materiais informativos e educativos (cartazes, cartilhas, fitas de vídeo, álbum seriado e folhetos).

4.3. O Programa de Atenção à Saúde Bucal do Parque Indígena do Xingu

4.3.1. Aspectos Históricos da Saúde Bucal no Parque Indígena do Xingu

A EPM, da UNIFESP, desde 1965, desenvolve um programa de extensão junto aos povos indígenas do PIX, denominado Projeto Xingu. Este projeto foi idealizado pelo professor Roberto G. Baruzzi, que segundo Rodrigues (2013):

[...] sua curiosidade e interesse pelo Parque do Xingu, movidos pelo seu perfil humanista, aventureiro e apaixonado pelos indígenas viriam marcar indelevelmente sua carreira como médico, pesquisador, professor e indigenista e trazer notáveis desdobramentos no âmbito da EPM, como a formação de gerações de profissionais de saúde dedicados ao campo da saúde indígena.

As “caravanas médicas”, como eram inicialmente chamadas, contavam com a participação voluntária de médicos, enfermeiros e dentistas. A partir da avaliação das condições de saúde da população e do quadro epidemiológico, ficou evidente a necessidade de ser desenvolvido um programa de saúde com medidas curativas e preventivas, assegurando sua continuidade por meio da participação de professores e alunos (Baruzzi, 2005). Nascia então o mais longo e contínuo programa de extensão e pesquisa em saúde indígena no país, com mais de 50 anos de existência (Rodrigues, 2013). Villas Bôas (2005) relata ainda que este programa possibilitou ajudar, de forma sensível, as comunidades xinguanas a se tornarem nações indígenas mais fortes e expressivas. Durante todo o período deste programa, os dentistas eram muito solicitados e inicialmente, além dos tratamentos restauradores, eram realizadas numerosas extrações dentárias (Baruzzi, 2005).

Em 1965, o convênio entre a EPM/Projeto Xingu e o Parque do Xingu garantiu o envio periódico de equipes médicas. Logo no início do trabalho de campo foram

introduzidas fichas médicas que possibilitaram juntar um acervo de informações sobre as condições de saúde-doença da população, permitindo comparar diferentes épocas e estabelecer relações com fatores socioculturais e demográficos. No início do programa, chamava atenção o bom estado de saúde bucal de algumas etnias de recente contato como os Panará, com ausência de cáries e perdas dentárias, situação que foi se alterando com o passar dos anos (Baruzzi, 2005).

Nos primeiros anos do programa, a Faculdade de Odontologia da USP instituiu uma cooperação com a EPM/Projeto Xingu para atenção à saúde bucal, sendo o primeiro programa específico de assistência odontológica nesta região. As ações eram realizadas em duas viagens anuais, com a priorização de ações preventivas como escovação dentária e aplicação de flúor gel e a realização de estudos epidemiológicos sobre a situação de saúde bucal de alguns povos (Pacagnella, 2007). Esta colaboração se encerrou em 1984 sendo produzidas três publicações sobre a condição bucal de etnias do Alto Xingu.

Tumang e Piedade, em 1968, descreveram como objetivo de sua pesquisa, além de acompanhar os indicadores epidemiológicos, estudar a possibilidade de um programa de atendimento das necessidades existentes. Compararam indicadores de saúde bucal de uma população do Alto Xingu com uma população de uma cidade do interior de São Paulo, mostrando que os indígenas possuíam uma prevalência menor de cárie dentária e maior de doenças periodontais.

Hirata et al., em 1977, obtiveram dados epidemiológicos iniciais para a implantação de um programa preventivo por um período de 5 anos. Este estudo encontrou altas prevalências de cárie dentária na dentição decídua das crianças e demonstrou preocupação com a necessidade de implantação de um programa preventivo de atenção à saúde bucal dos povos indígenas, a partir das possibilidades existentes.

Ando et al., em 1986, analisaram os resultados do programa preventivo implantado no Xingu, comparando os índices de cárie dentária encontrados em 1977 e 1982 e confirmaram os efeitos benéficos da aplicação tópica de flúor, realizada 2 vezes por ano, na diminuição dos índices de cárie dentária na dentição decídua e permanente das crianças. Destacaram a necessidade de prover uma melhor assistência associada a um trabalho voltado para a conscientização sobre os cuidados com a saúde bucal.

A formação de recursos humanos sempre foi uma característica do Projeto Xingu, inicialmente voltada para alunos de graduação e pós-graduação, expandindo-se no início da década de 90 para a formação de indígenas na área de saúde, através de auxílios financeiros externos, como a Fundação Kellogg e a Fundação Mata Virgem/Rainforest Foundation. No período de 1992 a 1999, o Projeto Xingu manteve de um a dois cirurgiões dentistas para a realização de ações coletivas e individuais de saúde bucal em todo o PIX e a FUNAI manteve um dentista, em média, quatro meses ao ano. Neste período foi realizada uma parceria com a empresa Colgate® para o fornecimento de material de higiene bucal, que possibilitou trabalhos com os professores indígenas nas escolas, produzindo livros sobre a saúde bucal em diferentes línguas indígenas. Durante a formação dos professores indígenas, a saúde bucal foi priorizada e discutiram-se as responsabilidades do trabalho de educação para a saúde, desenvolvendo aulas para os alunos e realizando reuniões com a comunidade (Troncarelli, 2001). Ainda neste período foi realizada a formação de Auxiliares Indígenas de Enfermagem, concluída em 2001 (Oliveira, 2005).

A única publicação antes da criação do SASI-SUS na região do Baixo e Médio Xingu foi realizada por Detogni (1994) em cinco aldeias da etnia Kaiabi e relatou a importância da antropologia para entender questões culturais e buscar intervenções baseadas nas interpretações dos indígenas. Este estudo mostrou altos índices de cárie

dentária em todas as idades em 1992 quando comparado com dados encontrados no Alto Xingu em 1991 (Rigonatto et al., 2001).

A diversidade de metodologias utilizadas, os diferentes agrupamentos por faixa etária, o tamanho das populações estudadas e as diferentes etnias nos dados encontrados em publicações no período anterior a 1999 não permitem comparações, dificultando o acompanhamento epidemiológico da cárie dentária ao longo do tempo nos povos desta região. Entretanto, todos os estudos indicam altos índices de cárie e doença periodontal e a necessidade da implementação de ações de prevenção e promoção de saúde bucal.

4.3.2. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o DSEI Xingu

Com a criação do SASI-SUS em 1999, a EPM/Projeto Xingu assinou um convênio com a FUNASA para atuar em todas as regiões do PIX. Houve uma ampliação de contratações de médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, sendo contratados três cirurgiões-dentistas para atuarem em todo o PIX. A formação de indígenas para o trabalho na área de saúde possibilitou uma participação efetiva dos povos indígenas na gestão da saúde de seu território.

As ações de saúde bucal foram sendo reestruturadas com base nas experiências anteriores do programa e em alguns princípios do SUS. Um grande desafio deste programa foi a busca pelo acesso universal e equânime, baseado em uma oferta organizada com a utilização de inquéritos epidemiológicos. Para a mudança do modelo de saúde bucal foi estratégica a criação de um sistema local de informação específico para a saúde bucal, a ampliação dos inquéritos epidemiológicos de saúde bucal para um maior número de aldeias, o trabalho preventivo nas escolas com professores e alunos indígenas, a busca por estratégias de ampliação do acesso ao flúor tópico de forma constante e a formação

continuada de indígenas para atuarem na saúde bucal. A epidemiologia sempre foi utilizada como instrumento organizador da atenção, sendo realizados quatro levantamentos epidemiológicos de saúde bucal em 2001, 2003, 2007 e 2013. O primeiro levantamento epidemiológico de maior amplitude, em 2001, possibilitou organizar demandas e priorizar necessidades em saúde.

O reconhecimento das especificidades culturais sempre foi marcante. A formação de AIS, no processo de trabalho cotidiano, foi fundamental para reconhecer as diferenças de cada etnia e as diferentes abordagens em cada aldeia. A busca por formas diferentes de trabalhar a educação em saúde e a prevenção de doenças bucais em cada comunidade foi essencial para o planejamento das ações. A participação de lideranças indígenas e de conselheiros de saúde durante as visitas das equipes nas aldeias foram fundamentais para o planejamento da EMSI. A participação da comunidade possibilitou a inclusão de reuniões nas aldeias durante o processo de trabalho. Inicialmente, era apresentada a proposta e o planejamento de trabalho para a comunidade e posteriormente a discussão era direcionada para os problemas encontrados durante o trabalho, com destaque para as ações de promoção de saúde. Esta estratégia possibilitou discutir as condições de saúde bucal das comunidades, assim como os avanços ou entraves do trabalho. Apesar de todas as estratégias idealizadas, logo no início do programa observou-se uma alta rotatividade de cirurgiões-dentistas e longos períodos de ausência de profissionais, mantendo a alta demanda por ações curativas e dificultando a priorização de ações de prevenção e promoção de saúde.

Ferreira, em 2005, analisou o processo de inserção das ações de saúde bucal no SASI-SUS e seus resultados refletiram sobre várias dificuldades na sua implementação. O maior acesso se restringia à oferta mínima, os recursos humanos e a infraestrutura eram insuficientes para a demanda da população; havia um despreparo dos profissionais para a

atuação no contexto intercultural e interdisciplinar, além da precarização das relações de trabalho, gerando uma alta rotatividade das equipes.

No DSEI Xingu, as dificuldades no acesso aos serviços de referência em outros níveis de atenção à saúde bucal e a não concretização da descentralização da gestão prejudicaram a integralidade da atenção e a instalação da infraestrutura necessária para a implementação do programa.

Os profissionais do Projeto Xingu, juntamente com a comunidade, identificaram a necessidade da busca por parcerias para a melhor estruturação do programa e também a necessidade de ações interdisciplinares para a realização de ações preventivas. Em 2003, as parcerias com a FORP-USP e com a Colgate® foram consolidadas e teve início a reorganização dos serviços de saúde, sendo que o Projeto Xingu diminuiu sua área de atuação para as regiões do Baixo, Médio e Leste Xingu do PIX. Este território de saúde está dividido em três microáreas, cada qual correspondendo a um polo-base: Pavuru, Diaurum e Wawi. No total são 44 aldeias das etnias Kisêdje, Ikpeng, Kaiabi, Trumai, Kamayura, Yudjá, Waurá e Tapayuna totalizando 2.957 pessoas segundo o censo populacional de 2013 (Projeto Xingu, 2013). Cada polo possui uma EMSI composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares indígenas de enfermagem, AIS e equipe de apoio. Os cirurgiões-dentistas são responsáveis pela assistência, prevenção e promoção de saúde, supervisão de AIS, atividades de educação em saúde e organização do serviço, sendo os AIS pilares do processo de educação continuada nas comunidades (Hirooka, 2010).

Uma grande preocupação da equipe foi pensar em estratégias para ampliar a cobertura de acesso ao flúor tópico e a proposta encontrada, em 2006, foi inserir a aplicação tópica de flúor durante as etapas de imunização. A imunização se mostrou oportuna para o trabalho preventivo de saúde bucal devido sua periodicidade trimestral, alta cobertura,

organização logística envolvida, alta adesão e possibilidade de acompanhamento de profissionais de forma regular e interdisciplinar, através da abordagem ampla do cuidado. A imunização traz uma “memória positiva” para a comunidade, pois foi a partir deste programa inicial do Projeto Xingu que a mortalidade diminuiu, sendo que muitas lideranças ainda hoje relatam sua prioridade e importância. Mesmo que este não seja o seu mecanismo de ação, a associação do flúor como “a vacina do dente” trouxe uma maior valorização e adesão da aplicação tópica de flúor pelas comunidades.

A equipe de saúde foi ampliada com o passar dos anos, mas o número de cirurgiões dentistas permaneceu de um a dois profissionais do período de 2004 a 2009. Apesar das recomendações das conferências, não há profissionais concursados da área de saúde bucal no DSEI Xingu, nem uma política específica de recursos humanos, com plano de cargos e carreiras, observando-se uma terceirização dos recursos humanos. Apesar disso, a formação de profissionais de saúde bucal que atuaram no DSEI Xingu, conduzida pela EPM/Projeto Xingu e FORP-USP, foi um grande diferencial deste programa. Esta parceria possibilitou que vários alunos da FORP-USP se tornassem profissionais do DSEI Xingu, mesmo após o seu término. Dos dez profissionais que atuaram no período de 2004 a 2013 no Baixo, Médio e Leste Xingu, nove eram egressos da FORP-USP e observou-se uma menor rotatividade de profissionais durante este período. O apoio da FORP-USP nas capacitações, inclusive para procedimentos especializados, e o trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal, durante as entradas em área, foram momentos importantes para a formação destes profissionais.

Em 2005 iniciou-se um novo curso de formação de AIS, através de um processo de formação continuada em serviço, caracterizado por períodos de dispersão, com supervisão direta pelos profissionais da EMSI e por períodos de concentração, compostos por módulos

disciplinares. No ano de 2007 foi realizado um módulo específico de saúde bucal, a partir da própria realidade vivenciada pelos indígenas. Este curso foi finalizado em 2012, formando 55 AIS, dos quais sete tinham formação específica na área de saúde bucal. Os profissionais indígenas foram alguns dos principais responsáveis por possibilitar um programa diferenciado de atenção à saúde, sendo de fundamental importância na comunicação entre a medicina tradicional e a biomedicina e nas ações realizadas conjuntamente com a EPM/Projeto Xingu (Mendonça, 2005). As ações voltadas à educação em saúde bucal só foram possíveis a partir deste trabalho intercultural, contando sempre com as lideranças indígenas e os professores em cada aldeia. Este curso possibilitou também a capacitação de profissionais não indígenas sobre aspectos da antropologia e das histórias e culturas de cada etnia e a construção de material didático específico para a formação e supervisão realizada no cotidiano. Durante o curso foram confeccionados seis livros sobre saúde pelos AIS, em cinco línguas diferentes. Estes livros mostram os alimentos cariogênicos na alimentação tradicional, a história da origem dos dentes e os cuidados sobre a saúde bucal de cada etnia.

A especialização em saúde indígena, ofertada desde 2008 pela UNIFESP, também foi uma oportunidade para cinco destes profissionais. Quatro deles, após terem concluído esta especialização, se tornaram professores ou tutores de turmas sequenciais. O curso, uma pós-graduação *lato sensu*, tem como objetivo formar profissionais especialistas com competências antropológicas, clínicas, políticas, educativas e de saúde pública, além de buscar uma reflexão sobre a saúde indígena enquanto área de prática e de ação sociopolítica pertencente ao campo da saúde coletiva (Oliveira, 2014).

O trabalho dos profissionais sempre foi acompanhado pelos conselhos de saúde e pela coordenação do Projeto Xingu. A realização de reuniões técnicas anuais para a

avaliação do trabalho possibilitou uma maior aproximação de toda a EMSI e um planejamento comum de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas, dentistas e AIS durante as visitas nas aldeias, fortalecendo o trabalho em equipe. As ações eram planejadas a partir de temas escolhidos pelas comunidades e a EMSI se organizava para fazer uma discussão ampla do tema. Caso o tema escolhido fosse “doenças sexualmente transmissíveis”, a EMSI buscava discutir também aspectos relacionados à saúde bucal, como lesões orais e cuidados de higiene bucal. Durante uma discussão sobre diabetes, abordavam-se também as doenças periodontais. Esta estratégia foi muito valorizada em algumas regiões, mas não foi uniforme e constante em todo o território, devido as diferentes realidades de cada região, como população, logística e número de aldeias.

4.3.3. O Projeto Colgate Nativo

Em 2003, o Projeto Pro Nativos ou Colgate Nativo, iniciou atividades com o objetivo de colaborar para a diminuição da prevalência de doenças bucais, através do desenvolvimento de ações de prevenção e educação com oficinas em seis aldeias das etnias Waurá, Kamaiurá, Ikpeng, Kaiabi, Kisêdje e Yudjá. As oficinas tinham como objetivo despertar na comunidade o interesse a respeito da saúde bucal, a fim de que pudessem ser incorporados hábitos de autocuidado. Durante as oficinas, vários relatos de lideranças e professores indígenas, mostraram a percepção e as mudanças relacionadas à saúde bucal.

[...] os rapazes já cuidam dos dentes, os pequenos ainda é difícil. Eu escovo os dentes dos pequenos quando estou na aldeia. Na minha opinião, antigamente havia mais problemas que hoje, tinha muito abscesso e dor de dente. (VK, liderança feminina).

[...] meu pai não tinha este conhecimento. Eu já descobri um caminho diferente, no presente este problema diminuiu, o importante é ter orientação, os meus meninos também só escovam quando eu oriento. (JT, professor indígena).

[...] o dentista dizia que se você quisesse ser bonito tinha que cuidar do dente. Eu fiz isso e mesmo quando não tem pasta, eu compro na cidade. É assim que eu falo pro meu filho e para a minha família, eu tento orientar a todos. Antes eu trazia balinha, doce, agora eu não trago mais. O importante é saber usar a comida que estraga e se prevenir. Se você comê-las, tem que escovar; é assim que eu tento orientar. (SN, cacique Kaiabi) (Projeto Xingu, 2009).

Estas oficinas buscavam a valorização das práticas e conhecimentos sobre os cuidados tradicionais de saúde bucal e a produção de material didático específico para cada etnia, explorando as habilidades encontradas em cada comunidade. Durante as oficinas houve participação ativa de professores, lideranças, AIS, auxiliares de enfermagem indígenas, mulheres e crianças. Os materiais de higiene bucal passaram a ser fornecidos sistematicamente, de três em três meses e esta parceria colaborou nos levantamentos epidemiológicos realizados em 2003 e 2007. Entre 2004 e 2007, foram produzidos um vídeo sobre a Saúde Bucal Ikpeng, um macro modelo utilizado pelos AIS nas ações de vigilância nas aldeias e desenhos sobre a história de saúde bucal de cada povo. Foi fundamental a ação integrada com o setor educação e com a comunidade, utilizando diversos espaços sociais para o desenvolvimento de ações coletivas de saúde bucal, atuando no empoderamento de AIS, como multiplicadores das ações de prevenção e buscando a melhoria da qualidade e do acesso às ações de saúde bucal. Esta parceria se encerrou em 2007, devido ausência de financiamento.

4.3.4. O Projeto Huka Katu e a FORP-USP

O Projeto “Huka Katu” ou “Sorriso Bonito”, assim denominado, após consulta às lideranças indígenas, foi viabilizado por uma parceria entre a FUNASA, EPM/Projeto Xingu e FORP-USP.

Este projeto tinha como objetivo colaborar na alteração do perfil dos problemas de saúde bucal dos povos indígenas através da extensão da cobertura assistencial, atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde bucal, oferta de serviços de média e alta complexidade, capacitação de profissionais para a atuação intercultural e interdisciplinar e participação social. As equipes formadas por alunos e professores realizavam viagens quatro vezes ao ano, cobrindo em média vinte aldeias.

O período inicial do trabalho realizado pelo Projeto Huka Katu, foi caracterizado por uma alta demanda assistencial, impossibilitando o atendimento de todas as necessidades de saúde bucal. As ações preventivas eram realizadas de acordo com a realidade encontrada em cada comunidade, através de teatros com fantoches e materiais produzidos por alunos do Departamento de Odontologia Preventiva da FORP-USP. Após esta fase inicial, o aumento do acesso possibilitou que os profissionais, que atuavam diariamente na área indígena, atuassem de forma mais intensa nas ações coletivas, além de proporcionar uma referência especializada, principalmente com o trabalho de reabilitação oral. No período de 2004 a 2008 foram confeccionadas 386 próteses dentárias. A vinda de especialistas nas áreas de semiologia, reabilitação oral, odontopediatria, oclusão dentária e a capacitação em endodontia dos profissionais da equipe do DSEI, ampliaram o acesso desta população às especialidades odontológicas. Outra contribuição fundamental desta parceria foi a construção de protocolos clínicos de odontologia e de uso de fluoretos específicos para a região do PIX.

Em 2005, um cirurgião dentista, que atua há mais de 30 anos no PIX pela FUNAI, relatou sua percepção em relação à melhora da saúde bucal, relacionada ao aumento dos cuidados com a higiene bucal, ao trabalho dos AIS, à maior permanência de dentistas e ao trabalho realizado pelos professores das escolas indígenas (Instituto Socioambiental, 2006). Em 2008, durante uma oficina de avaliação do trabalho, um dos profissionais do DSEI Xingu relatou que:

[...] tem sido interessante, durante as atividades preventivas, observar o aumento dos desenhos das crianças escovando os dentes e a diminuição dos desenhos de crianças com cárie ou tirando dente. Isso se reflete durante o atendimento e é nítido como estamos restaurando mais dentes. Em 2005 extraímos muitos dentes e hoje vejo como isso foi alterado. Antes as crianças desenhavam o dentista com um fórceps e hoje desenhavam o dentista no rio com uma escova na mão (Projeto Xingu, 2009).

No final de 2007, a FUNASA encerrou o convênio com a FORP-USP, as ações foram interrompidas no ano de 2008 e a solução encontrada pela universidade, em 2011, foi se inscrever no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), que é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do MS e a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação. O PET-Saúde ajudou a integrar o ensino-aprendizagem aos serviços de saúde e ao processo de trabalho em saúde (Haddad, 2012). O trabalho da FORP-USP assumiu então, naquele ano, outra formatação, com três viagens ao ano e menor autonomia na compra de materiais para a realização de próteses dentárias.

O estabelecimento das parcerias garantiu aporte de insumos e recursos para a estruturação do programa de atenção à saúde bucal no DSEI Xingu, com um papel

fundamental na redução das doenças bucais. O trabalho realizado possibilitou observar uma melhora nos indicadores preventivos, de acesso e de assistência odontológica. Com o término das parcerias, vários relatórios sinalizam períodos com ausência de materiais essenciais para as ações assistenciais e preventivas. Lideranças e conselheiros manifestam a vontade do retorno da “USP” em diversas atas de reuniões do conselho de saúde. O programa de saúde bucal passou por um retrocesso após o término das parcerias, gerando problemas na organização, financiamento e planejamento das ações nos anos de 2009 e 2010, não sendo garantida a mínima estrutura física, logística e de materiais e equipamentos odontológicos pela FUNASA. O programa se sustentou através de doações e materiais cedidos pela prefeitura de Canarana – MT.

4.3.5 Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena

As dificuldades e os problemas na gestão do SASI-SUS estiveram presentes durante todo o período da gestão pela FUNASA e levaram o movimento indígena a retomar a antiga proposta da criação de uma secretaria no MS específica para a gestão da saúde indígena. A SESAI foi criada e assumiu o SASI-SUS em 2010, com a publicação do decreto 7.336/MS.

Sob gestão da SESAI, foram criadas coordenações de saúde bucal nos DSEI para a gerência do programa de atenção à saúde bucal. A contratação e administração de recursos humanos permaneceram terceirizadas por meio de convênios com instituições filantrópicas. Uma coordenação específica de saúde bucal, inédita no DSEI Xingu, foi importante para o acompanhamento dos profissionais e indicadores dos serviços, auxiliando no planejamento do programa. O início da gestão da SESAI mostrou uma centralização no fornecimento de materiais de saúde bucal. A aquisição de kits de higiene bucal, materiais permanentes e

alguns materiais de consumo para a realização do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) ficaram sob a responsabilidade do nível central, em processos licitatórios demorados e burocráticos. O fornecimento irregular de materiais dificultou a realização de ações preventivas nos anos seguintes, prejudicando consideravelmente a população indígena e o programa de saúde bucal. O MS instituiu, em 2011, um protocolo técnico de saúde bucal para áreas de difícil acesso e as Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, mas nenhum profissional do DSEI Xingu foi capacitado para a implantação deste protocolo e destas diretrizes. No período de 2011 a 2013, foram mantidos três cirurgiões - dentistas na região deste estudo, não havendo uma ampliação no número de profissionais. Em 2013, quatro AIS do Médio e Leste Xingu foram formados e capacitados pelo DSEI para se tornarem Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), de acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO), que em julho de 2012, autorizou os DSEI de 15 estados brasileiros a capacitarem indígenas que já atuavam na saúde bucal e que ainda não tinham o reconhecimento dos conselhos regionais de odontologia.

Apesar das conferências propugnarem a efetivação da implantação do Programa “Brasil Sorridente Indígena”, de laboratórios de próteses dentárias e de CEO, até o ano 2015 isso não foi concretizado no DSEI Xingu. O município de Canarana, onde se localiza o DSEI Xingu, não possui CEO e os municípios de Água Boa e Sinop, que são os mais próximos que implantaram estes serviços, não possuem articulação com o DSEI Xingu, comprometendo a integralidade dos cuidados à saúde bucal.

O papel do Projeto Xingu com a criação da SESAI diminuiu significativamente no DSEI Xingu, colaborando com ações matriciais e oficinas pontuais de formação de recursos humanos, além da imunização, que mantém a aplicação tópica de flúor. Na área de saúde bucal, o Projeto Xingu, em 2012 e 2013, realizou capacitações sobre sistemas de

informação, protocolos assistenciais e levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. A produção de materiais específicos sobre a alimentação tradicional nas línguas indígenas e a realização de oficinas de culinária, com a participação de cirurgiões-dentistas, são ações importantes ainda realizadas pelo Projeto Xingu, que coincidem com as propostas das conferências nacionais de saúde. Rodrigues (2013) relata que,

[...] muitas nuances dessa experiência não foram bem compreendidas na conformação burocrática do subsistema de saúde indígena, talvez determinadas dentre outros motivos pela dificuldade em se compor, no âmbito da burocracia estatal, um diálogo intercultural eficiente e em se estabelecer uma relação mais sensível e localizada com cada povo indígena, princípios que nortearam o Projeto Xingu desde o seu início.

4.3.6. Sistema Local de Informação de Saúde do DSEI Xingu

A construção do SLIS, com informações de saúde bucal de povos do PIX, teve início em 2002, após um levantamento realizado pelo Projeto Xingu, que identificou mais de 45% dos pacientes sem fichas individuais de odontologia registradas em prontuários. Este sistema utilizou como instrumento base as fichas médicas do Projeto Xingu e foi se alterando de acordo com as novas demandas do serviço. Em 2006, juntamente com as parcerias, consolidou-se como o principal instrumento de monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal.

O sistema foi constituído por planilhas e fichas e dividido em: procedimentos individuais, acompanhamento dos AIS, procedimentos coletivos e controle do flúor gel durante a imunização. Os prontuários individuais foram construídos e separados por família e aldeia, inicialmente arquivadas nos polos base do DSEI.

Com a implantação do módulo de saúde bucal do SIASI em 2010, o SLIS passou por uma revisão, em 2012, buscando atender tanto as necessidades locais como os instrumentos do nível central. O SLIS e a implantação do SIASI possibilitaram a construção dos indicadores apresentados e analisados neste estudo.

4.3.7. Dados epidemiológicos

Os dados foram obtidos de dois inquéritos epidemiológicos de saúde bucal, com base no censo da população do Baixo, Médio e Leste Xingu, realizados em 2007 e em 2013. Nestes inquéritos foram observadas as seguintes características: elementos dentários, condição periodontal e uso e necessidade de próteses. Previamente aos inquéritos, para garantir a confiabilidade dos dados, foi realizada a calibração dos examinadores, calculada a concordância inter-examinadores e testada através do Coeficiente Kappa (Landis, Koch, 1997). No relatório técnico da calibração é descrito que durante a explicação inicial sobre o trabalho realizado no Polo Base Wawi, um dos indígenas questionou se aquela calibração seria como a calibração de um carro. A equipe utilizou este exemplo para explicar aos participantes sobre o que seria este processo: “... do mesmo jeito que precisamos calibrar os pneus do carro para que o carro tenha um bom trabalho, também precisamos calibrar o olhar dos dentistas para que todos vejam o paciente da forma mais correta, fazendo assim um bom trabalho” (Projeto Xingu, 2013).

O processo de calibração dos profissionais seguiu as seguintes etapas: discussão teórica das variáveis utilizadas, códigos e critérios de exame, discussão prática, calibração propriamente dita e cálculo de concordância simples e Coeficiente Kappa, que atingiu o valor de 0,91 em 2007 e 0,92 em 2013.

Os exames clínicos foram realizados nas aldeias e nos polos base por cinco examinadores no inquérito de 2007 e por quatro examinadores em 2013, sob luz natural, utilizando espelho bucal plano e sonda periodontal tipo CPI (*ball point*), preconizado pela OMS (1997). Os dados foram registrados por AIS devidamente treinados.

Para este estudo foram selecionados dados referentes aos elementos dentários e à experiência de cárie dentária utilizando os índices CPO-D e ceo-d e componentes, respectivamente, para a dentição permanente e decídua.

4.3.7.1 Cárie Dentária

No primeiro inquérito, em 2007, foram analisados os dados de 368 indígenas sendo 100 indivíduos aos 5 anos, 50 aos 12 anos e 218 no grupo etário de 15 a 19 anos. No segundo inquérito, em 2013, foram analisados os dados de 423 indígenas sendo 86 indivíduos aos 5 anos, 77 aos 12 anos e 260 no grupo etário de 15 a 19 anos.

Em relação ao número de pessoas examinadas por idade e grupo etário, observa-se uma distribuição similar entre os sexos nos diferentes inquéritos, com exceção dos indivíduos na idade de 5 anos em 2013, onde há uma presença de aproximadamente 61,6 % do sexo feminino.

Os resultados referentes à cárie dentária foram analisados a partir das médias de ceo-d e CPO-D, percentagem de indivíduos livres de cárie e índice de cuidados odontológicos através dos componentes dos índices ceo-d e CPO-D, segundo ano do inquérito, idade ou grupo etário e sexo.

4.3.7.2. Média de ceo-d e CPO-D

Os dados apresentados na tabela 2 são referentes aos índices ceo-d e CPO-D nos anos 2007 e 2013, e indicam padrões diferentes em cada idade ou grupo etário nos dois períodos. Há uma diminuição do ceo-d na idade de 5 anos, um aumento discreto do CPO-D na idade de 12 anos e uma diminuição no grupo etário de 15 a 19 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos em nenhuma idade ou grupo etário.

Tabela 2. Distribuição das médias dos índices ceo-d e CPO-D, por idade ou grupo etário e sexo, Baixo, Médio e Leste Xingu, MT, Brasil, 2007 e 2013.

Idade/Grupo Etário	Ano	Sexo	N	ceo-d/CPO-D		
				Média	DP	
5 anos	2007	M	48	6,40	3,79	
		F	52	6,46	3,73	
		T	100	6,43	3,74	
					*p=0,95	
	2013	M	33	5,06	3,03	
		F	53	6,34	4,48	
T		86	5,85	4,01		
				*p=0,25		
				**p=0,29		
12 anos	2007	M	23	2,35	1,75	
		F	27	2,70	2,48	
		T	50	2,54	2,16	
					*p=0,81	
	2013	M	37	2,97	3,03	
		F	40	2,60	2,15	
T		77	2,78	2,60		
				*p=0,84		
				**p=0,81		
15 a 19 anos	2007	M	106	6,49	3,91	
		F	112	7,28	4,37	
		T	218	6,89	4,16	
					*p=0,20	
	2013	M	111	4,83	2,91	
		F	149	4,51	3,22	
T		260	4,65	3,09		
				*p=0,22		
				**p=0,00		

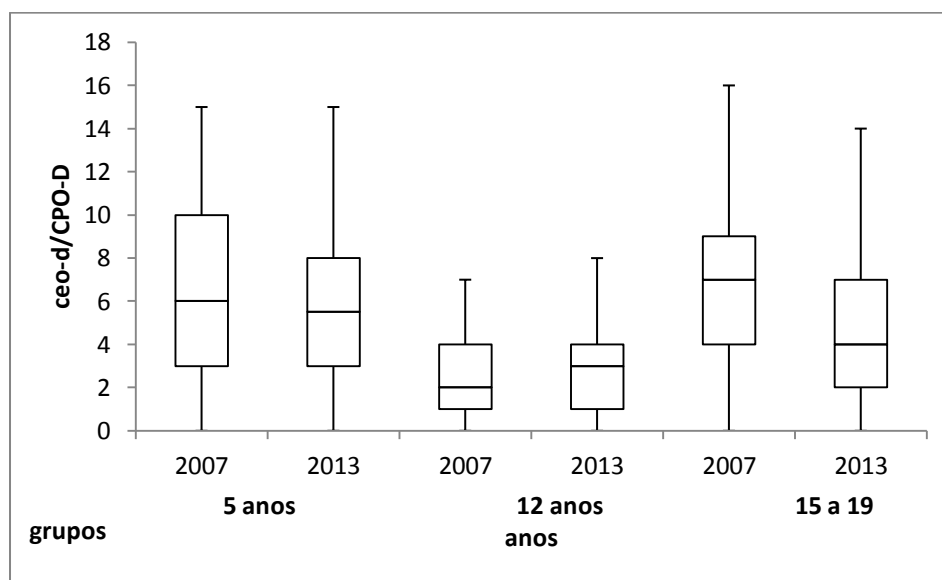
*Valores de p referentes à comparação de valores médios entre os sexos

**Valores de p referentes à comparação de valores médios entre 2007 e 2013

Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

As crianças de 5 anos de idade apresentaram uma média de ceo-d de 6,43 dentes decíduos em 2007 e 5,85 em 2013. Aos 12 anos de idade, verificou-se uma média de CPO-D de 2,54 dentes permanentes em 2007 e 2,78 em 2013. No grupo etário de 15 a 19 anos, verificou-se uma média de CPO-D de 6,89 dentes em 2007 e 4,65 em 2013. As diferenças entre as médias foram estatisticamente significantes apenas no grupo etário de 15 a 19 anos ($p < 0,05$).

Para ilustrar as diferenças encontradas foram construídos box plots e a figura 2 mostra os valores medianos, amplitudes semi-quartílicas, mínimos e máximos para o ceo-d e CPO-D nas idades e grupo etário em 2007 e 2013. No grupo de 5 anos, a mediana foi de 6 e 5,5 e a amplitude semi-quartílica de 7 e 5, respectivamente nos anos 2007 e 2013. No grupo de 12 anos, a mediana foi de 2 e 3 e a amplitude semi-quartílica de 3 e 3, respectivamente nos anos 2007 e 2013. No grupo 15 a 19 anos, a mediana foi de 7 e 4 e a amplitude semi-quartílica de 5 e 5, respectivamente nos anos 2007 e 2013.



Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

Figura 2. Box plots do ceo-d e CPO-D com valores mínimo, máximo, 25% e 75% e a mediana nos grupos 5, 12 e 15 a 19 anos, no Baixo, Médio e Leste Xingu, em 2007 e 2013

4.3.7.3. Livres de cárie dentária

Na tabela 3, observam-se valores baixos de indivíduos livres de cárie dentária. No decorrer dos anos, houve um aumento dos indivíduos livres de cárie na idade de 5 anos de 6,0% para 10,5% e no grupo etário de 15 a 19 anos de 4,1% para 7,7% e uma diminuição na idade de 12 anos de 24,0% para 22,1%.

Tabela 3. Porcentagem de indivíduos livres de cárie dentária, por idade ou grupo etário e sexo, Baixo, Médio e Leste Xingu, MT, Brasil, 2007 e 2013.

Idade/Grupo Etário	Ano	Sexo	N	ceo-d ou CPO-D=0		
					%	
5 anos	2007	M	48		8,33	
		F	52		3,85	
		T	100		6,00	
					$*X^2=0,2731$	
	2013	M	33		9,09	
		F	53		11,32	
T		86		10,47		
				$*X^2=0,0011$		
				$**X^2=1,4543$		
12 anos	2007	M	23		21,74	
		F	27		25,93	
		T	50		24,00	
					$*X^2=0,0002$	
	2013	M	37		24,32	
		F	40		20,00	
T		77		22,08		
				$*X^2=0,0332$		
				$**X^2=1,2198$		
15 a 19 anos	2007	M	106		3,77	
		F	112		4,46	
		T	218		4,13	
					$*X^2=0,0071$	
	2013	M	111		5,41	
		F	149		9,40	
T		260		7,69		
				$*X^2=0,92$		
				$**X^2=1,0269$		

*Valores de X^2 referentes à comparação entre sexos

** Valores de X^2 referentes à comparação entre 2007 e 2013

Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

A maior diferença encontrada entre os sexos foi na idade de 5 anos em 2007, sendo 8,33% para o sexo masculino e 3,85% para o sexo feminino. Apesar disso, não houve

diferença estatisticamente significativa entre os sexos em nenhuma idade ou faixa etária. A porcentagem de indivíduos livres de cárie também não apresenta diferença estatisticamente significativa entre os períodos analisados, como mostram os valores de qui-quadrado.

4.3.7.4. Componentes dos índices CPO-D e ceo-D e Índice de cuidados odontológicos

Os componentes do CPO-D foram separados em valores médios de cariados, perdidos e obturados na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos valores médios dos índices ceo-d e CPO-D e seus componentes, por idade ou grupo etário e sexo, Baixo, Médio e Leste Xingu, MT, Brasil, 2007 e 2013.

Idade/Grupo Etário	Ano	Sexo	N	Cariado		Perdido		Obturado		ceo-d/CPO-D	
				Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
5 anos	2007	M	48	4,46	3,24	0,63	1,20	1,31	1,73	6,40	3,79
		F	52	4,63	3,58	0,40	0,82	1,42	1,47	6,46	3,73
		T	100	4,55	3,40	0,51	1,02	1,37	1,59	6,43	3,74
					*p=0,97		*p=0,49		*p=0,44		*p=0,95
	2013	M	33	4,27	2,55	0,24	0,56	0,58	0,90	5,06	3,03
		F	53	5,66	4,18	0,36	0,92	0,32	0,87	6,34	4,48
T		86	5,13	3,69	0,31	0,80	0,42	0,89	5,85	4,01	
				*p=0,22		*p=0,86		*p=0,05		*p=0,25	
				**p=0,34		**p=0,10		**p=0,00		**p=0,29	
12 anos	2007	M	23	0,91	0,90	0,39	0,72	1,04	1,26	2,35	1,75
		F	27	1,26	1,91	0,26	0,53	1,19	1,59	2,70	2,48
		T	50	1,10	1,53	0,32	0,62	1,12	1,44	2,54	2,16
					*p=0,94		*p=0,52		*p=0,96		*p=0,81
	2013	M	37	2,41	2,74	0,27	0,69	0,30	0,52	2,97	3,03
		F	40	1,73	2,00	0,28	0,60	0,60	0,87	2,60	2,15
T		77	2,05	2,39	0,27	0,64	0,45	0,74	2,78	2,60	
				*p=0,35		*p=0,72		*p=0,14		*p=0,84	
				**p=0,03		**p=0,38		**p=0,01		**p=0,81	
15 a 19 anos	2007	M	106	1,37	2,18	1,11	1,42	4,01	3,12	6,49	3,91
		F	112	1,48	2,85	1,12	1,39	4,68	3,24	7,28	4,37
		T	218	1,43	2,54	1,11	1,40	4,35	3,19	6,89	4,16
					*p=0,67		*p=0,98		*p=0,13		*p=0,20
	2013	M	111	2,28	1,96	0,62	0,91	1,93	2,13	4,83	2,91
		F	149	1,81	1,69	0,80	1,22	1,90	2,04	4,51	3,22
T		260	2,01	1,82	0,72	1,10	1,91	2,07	4,65	3,09	
				*p=0,06		*p=0,42		*p=0,98		*p=0,22	
				**p=0,00		**p=0,00		**p=0,00		**p=0,00	

*Valores de p referentes à comparação de valores médios entre os sexos

**Valores de p referentes à comparação de valores médios entre 2007 e 2013

Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

Observando-se estes componentes isoladamente e comparando os anos 2007 e 2013, verifica-se uma diminuição do número de dentes obturados e perdidos e um aumento de dentes cariados em todas as idades e grupo etário. No grupo etário de 15 a 19 anos, o componente obturado diminui de 4,35 em 2007 para 1,91 em 2013 e na idade de 12 anos, o componenteariado aumenta de 1,1 em 2007 para 2,05 em 2013. As médias do componente obturado apresentaram diferenças estatisticamente significantes em todas as idades e grupo etário. No grupo de 15 a 19 anos, todos os componentes apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Entre os sexos, não houve diferença estatisticamente significativa nos componentes avaliados.

Quanto às porcentagens dos componentes dos índices analisados (tabela 5), verifica-se uma redução no percentual de dentes obturados e um aumento no componenteariado em todas as idades e grupo etário. O componenteariado aos 5 anos representa 70,46% do índice em 2007 aumentando para 87,50% em 2013. Este aumento ocorre também aos 12 anos de 43,31% para 73,83% do índice e no grupo etário de 15 a 19 anos de 20,69% para 43,29%.

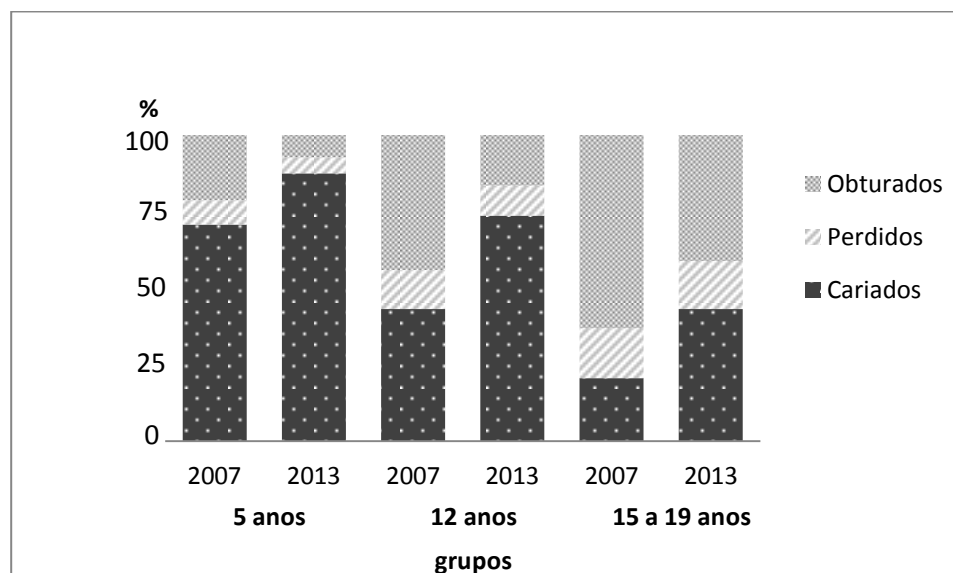
Tabela 5. Valores médios e porcentagens dos índices ceo-d e CPO-D e componentes por idade ou grupo etário, Baixo, Médio e Leste Xingu, MT, Brasil, 2007 a 2013.

Idade/Grupo Etário	Ano	N	Cariado		Perdido		Obturado		ceo-d/CPO-D	
			Média	%	Média	%	Média	%	Média	%
5 anos	2007	100	4,55	70,76	0,51	7,93	1,37	21,31	6,43	100
	2013	86	5,13	87,50	0,31	5,36	0,42	7,14	5,85	100
12 anos	2007	50	1,10	43,31	0,32	12,60	1,12	44,09	2,54	100
	2013	77	2,05	73,83	0,27	9,81	0,45	16,35	2,78	100
15 a 19 anos	2007	218	1,43	20,69	1,11	16,17	4,35	63,14	6,89	100
	2013	260	2,01	43,29	0,72	15,56	1,91	41,14	4,65	100

Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

O Índice de Cuidados Odontológicos, proposto por Walsh (1970), permite analisar o tratamento odontológico recebido sendo medido através da razão entre dentes restaurados ou obturados (O) e o total de dentes com experiência de cárie (CPO) e os resultados encontrados chamam a atenção para o serviço ofertado nos dois períodos distintos. O percentual do componente obturado diminuiu em todas as idades e grupo etário de 2007 para 2013, sendo que aos 5 anos a diminuição é de 21,74% para 7,14%, aos 12 anos de 44,09% para 16,35% e de 63,14% para 41,14% no grupo etário de 15 a 19 anos.

O componente perdido apresenta uma pequena diminuição entre os anos estudados, de 7,93% para 5,36% aos 5 anos, de 12,6% para 9,81% aos 12 anos e de 16,17% para 15,56% no grupo etário de 15 a 19 anos. A figura 3 ilustra estas diferenças entre os dois períodos estudados.



Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

Figura 3. Porcentagens dos valores médios dos componentes do ceo-d e CPO-D nos grupos 5, 12 e 15 a 19 anos, no Baixo, Médio e Leste Xingu, em 2007 e 2013.

4.3.7.5. Um recorte epidemiológico – a etnia Kaiabi (Kawaiwete)

O povo Kaiabi, que compõe o conjunto de 14 etnias que vivem no PIX, é a etnia que possui a maior população e aldeias no Baixo, Médio e Leste Xingu. Em 2016 são quase 2.000 pessoas vivendo em 20 aldeias na região centro norte do PIX.

Nas décadas iniciais do século XXI, o povo Kaiabi passa por um processo de mudança na alimentação com a incorporação de alimentos como: sal, óleo de soja, feijão, macarrão, extrato de tomate, alho, cebola, biscoito, café, açúcar e outros. O acesso às cidades do entorno do PIX tem aumentado como também a renda da população, com a ampliação de contratações nas áreas de saúde, educação e pela FUNAI, além de vários projetos de suas associações e dos benefícios sociais (Instituto Socioambiental, 2015).

No Baixo, Médio e Leste Xingu, o povo Kaiabi é o único grupo que possui informações epidemiológicas de saúde bucal relativas aos anos 1990. A publicação de Detogni (1994) apresenta dados de médias de ceo-d e CPO-D em cinco aldeias da etnia Kaiabi. O estudo indicou altos índices de cárie dentária em todas as idades em 1992. No ano de 2003, um levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado pela equipe do Projeto Xingu também identificou médias de ceo-d e CPO-D específicas deste grupo (Pacagnella, 2007). Apesar do número pequeno de indivíduos avaliados e das metodologias diferentes, o objetivo deste recorte foi comparar os dados disponíveis destes estudos com os dados encontrados em 2007 e 2013 nas idades de 5 anos, 12 anos e no grupo etário de 15 a 19 anos. A tabela 6 indica as médias dos índices ceo-d e CPO-D, por idade ou grupo etário da etnia Kaiabi, Xingu, MT, Brasil, 1992, 2003, 2007 e 2013.

Tabela 6. Distribuição das médias dos índices ceo-d e CPO-D, por idade ou grupo etário da etnia Kaiabi, Xingu, MT, Brasil, 1992, 2003, 2007 e 2013.

Idade/Grupo Etário	Ano	N	ceo-d/CPO-D	
			Média	DP
5 anos	1992**	9	8,22	...
	2003**	13	4,50	...
	2007	35	5,80	3,44
	2013	38	5,42	3,98
*p= 0,59				
12 anos	1992**	13	10,60	...
	2003**	7	5,60	...
	2007	22	2,64	2,32
	2013	34	3,14	3,22
*p=0,77				
15 a 19 anos	1992**	30	14,07	...
	2003**	22	10,90	...
	2007	90	7,20	3,82
	2013	127	4,36	2,92
*p=0,00				

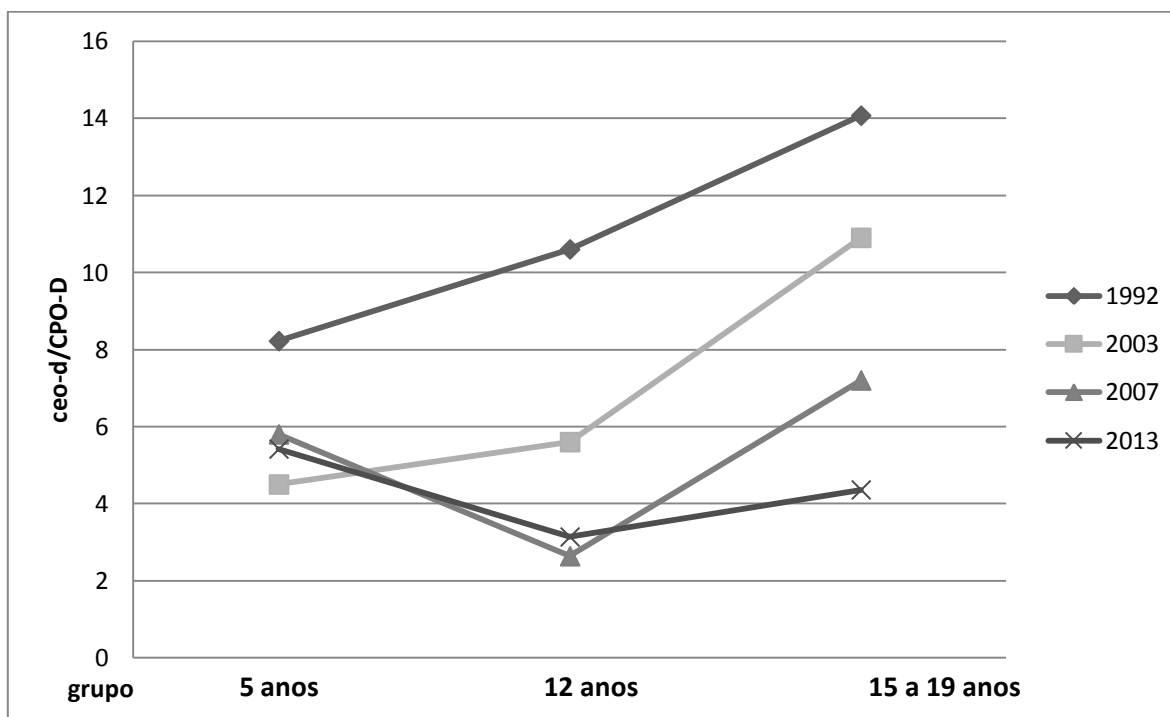
*Valores de p referentes à comparação de valores médios entre 2007 e 2013

** Dados referentes a Detogni (1994) e Pacagnella (2007)

Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

As crianças de 5 anos de idade apresentaram uma diminuição na média de ceo-d de 8,22 para 4,50 entre 1992 e 2003. Este valor aumenta para 5,80 em 2007 e 5,42 em 2013. Aos 12 anos de idade, verificou-se uma queda na média de CPO-D de 10,6 dentes permanentes em 1992 para 5,6 em 2003 e 2,64 em 2007. Em 2013, o valor encontrado foi de 3,14. No grupo etário de 15 a 19 anos, verificou-se uma tendência de queda na média de CPO-D de 14,07 em 1992, 10,9 em 2003, 7,2 em 2007 e 4,36 em 2013. Neste grupo, nos períodos de 2007 e 2013, as diferenças entre as médias de CPO-D foram estatisticamente significantes. Contudo, tais números devem ser examinados com cautela, tendo em vista o número restrito de indivíduos examinados e as características da coleta de dados. A figura 4

ilustra linhas de tendência para o ceo-d e CPO-D para cada ano de estudo e para cada idade ou grupo etário, mostrando uma possível tendência de diminuição da cárie dentária na dentição permanente.

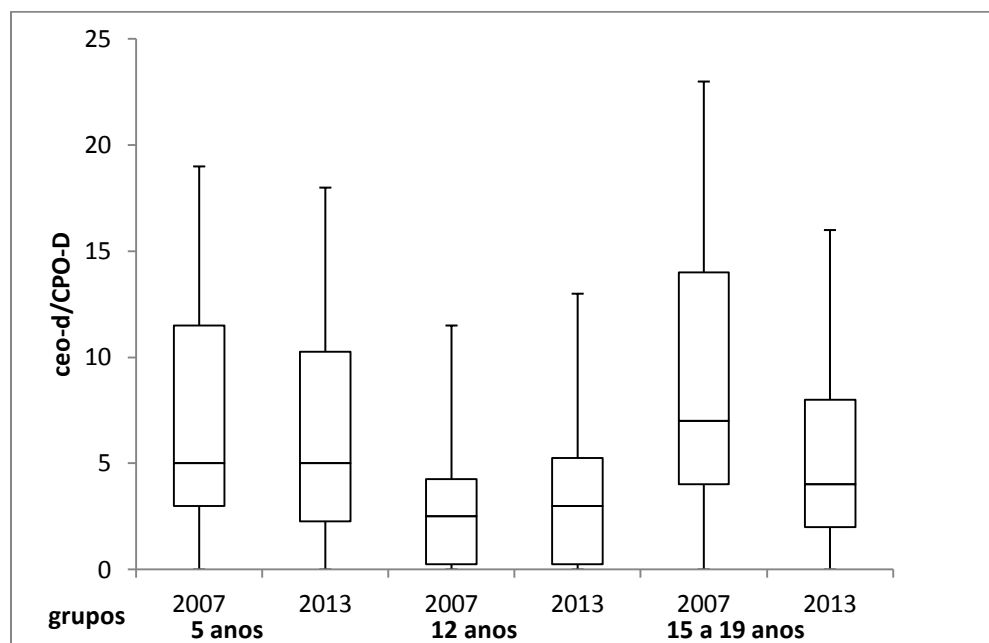


Fonte: Detogni (1994), Pacagnella (2007), SLIS DSEI Xingu e Projeto Xingu

Figura 4. Índices ceo-d e CPO-D nas idades de 5 e 12 anos e no grupo etário de 15 a 19 anos, da etnia Kaiabi no PIX, nos anos de 1992, 2003, 2007 e 2013.

Devido ausência de informações, nos anos 1992 e 2003 não foi possível a utilização de testes estatísticos. Para ilustrar as diferenças encontradas nos anos 2007 e 2013, foram construídos boxplots e a figura 5 mostra os valores medianos, amplitudes semi-quartílicas, mínimos e máximos para o ceo-d e CPO-D nas idades e grupo etário em 2007 e 2013. No grupo de 5 anos, a mediana foi de 5 nos dois períodos e a amplitude semi-quartílica de 5,5 e 5,75 respectivamente nos anos 2007 e 2013. No grupo de 12 anos, a mediana foi de 2,5 e 3 e a amplitude semi-quartílica de 3,75 e 4,75, respectivamente nos anos 2007 e 2013. No

grupo de 15 a 19 anos, a mediana foi de 7 e 4 e a amplitude semiquartilica de 6 e 4, respectivamente nos anos 2007 e 2013.



Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

Figura 5. Box plots do ceo-d e CPO-D com valores mínimo, máximo, 25% e 75% e a mediana nos grupos 5, 12 e 15 a 19 anos, da etnia Kaiabi no PIX, em 2007 e 2013.

4.3.8. Indicadores individuais e coletivos do programa de saúde bucal do DSEI Xingu

A utilização e seleção de indicadores adequados para avaliar os serviços de saúde bucal são de suma importância, principalmente em realidades específicas, como as áreas indígenas. Em 2004, a EPM/Projeto Xingu e a FORP-USP selecionaram indicadores para avaliar os serviços prestados com a participação de todos os profissionais de saúde bucal. Este conjunto de indicadores possibilitou o monitoramento das ações individuais e coletivas desenvolvidas, inclusive durante a formação de AISB. Com a publicação da relação de indicadores de atenção básica pelo MS em 2006 e com os indicadores propostos pela FUNASA nas Diretrizes de Atenção à Saúde Bucal nos DSEI em 2007, a equipe de saúde

incorporou novas informações das fichas do SIASI, sendo possível utilizar os dados necessários para o estudo.

4.3.8.1. Coleta de dados

O trabalho desenvolvido no DSEI Xingu abrangia ações de promoção e proteção de saúde, recuperação e reabilitação. Os dados para o preenchimento das fichas do SLIS foram coletados diariamente e consolidados mensalmente. Nas fichas utilizadas, os procedimentos foram divididos em individuais e coletivos. Os individuais contemplam procedimentos preventivos, restauradores, endodônticos, periodontais e cirúrgicos. Os coletivos contemplam procedimentos relacionados à educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, além de uma ficha específica de controle de distribuição de escova, creme e fio dental.

A coleta dos dados para a construção dos indicadores foi realizada em julho e agosto de 2015 e compiladas no programa Microsoft Excel[®] 2007. Foram analisados 360 relatórios mensais e consolidados em 30 planilhas anuais. Ao comparar as planilhas consolidadas para este estudo com as informações anuais do SLIS, observou-se que nos anos 2010 e 2011 os relatórios disponíveis não haviam sido totalmente consolidados e que nos anos 2004 e 2012 as informações anuais estavam subestimadas. Destaca-se que o TRA foi o procedimento mais encontrado em todos os anos e que o campo “pacientes referenciados para o SUS” foi pouco utilizado no período analisado.

4.3.8.2. Análise dos indicadores dos serviços de saúde bucal

A partir dos dados coletados foram construídos os indicadores para cada ano proposto. As informações e os dados obtidos no período de 2004 a 2008 referem-se ao banco de dados do Projeto Xingu. A partir de 2009, os dados foram obtidos pelo SLIS do DSEI Xingu através dos instrumentos “Ficha 4 – Odontológica individual”, “Ficha 7 – Consolidado mensal de odontologia – procedimentos individuais”, “Planilha de Consolidado Eletrônico – Odontologia” e “Censo Populacional do DSEI Xingu”.

4.3.8.2.1. Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Tratamento Odontológico Básico Concluído

Nos anos de 2004 e 2005 não constavam informações sobre Primeira Consulta Odontológica Programática, impossibilitando a construção dos indicadores propostos “Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática” e “Tratamento Odontológico Básico Concluído”. O indicador de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática foi proposto a partir de 2006, com a portaria nº 493, de 10 de março de 2006 (Brasil, 2006b). Em relação aos outros indicadores analisados, os dados foram obtidos no período de 2004 a 2013.

Na tabela 7, são apresentados os números absolutos referentes à população total, indivíduos com a primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído, referentes ao período 2006 a 2013, do Baixo, Médio e Leste Xingu.

Tabela 7. Números absolutos da população, primeira consulta odontológica programática, tratamento odontológico básico concluído, Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2006 a 2013.

Dados	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
População	2.392	2.458	2.416	2.500	2.569	2.904	2.861	2.955
Números de 1ª Consulta Odontológica Programática	1.613	1.719	1.450	1.117	1.372	2.069	2.009	2.086
Números de Tratamento básico concluído	724	827	1.159	745	725	1.351	1.271	1.203

Fonte: SLIS DSEI Xingu/Projeto Xingu

Observa-se, a partir dos números apresentados, uma diminuição do número de indivíduos com a Primeira Consulta Odontológica Programática no período de 2008 a 2010 comparado a 2006 e 2007. O menor número encontrado foi em 2009 com 1.117 indivíduos, sendo que em 2011 há um aumento considerável atingindo 2.069 indivíduos. O número de tratamento odontológico básico concluído aumenta de 724 indivíduos em 2006 para 1.159 em 2008, diminui em 2009 e 2010 chegando a 725 indivíduos e em 2011 os números se estabilizam, atingindo o maior valor de todo o período analisado, com 1.351 indivíduos.

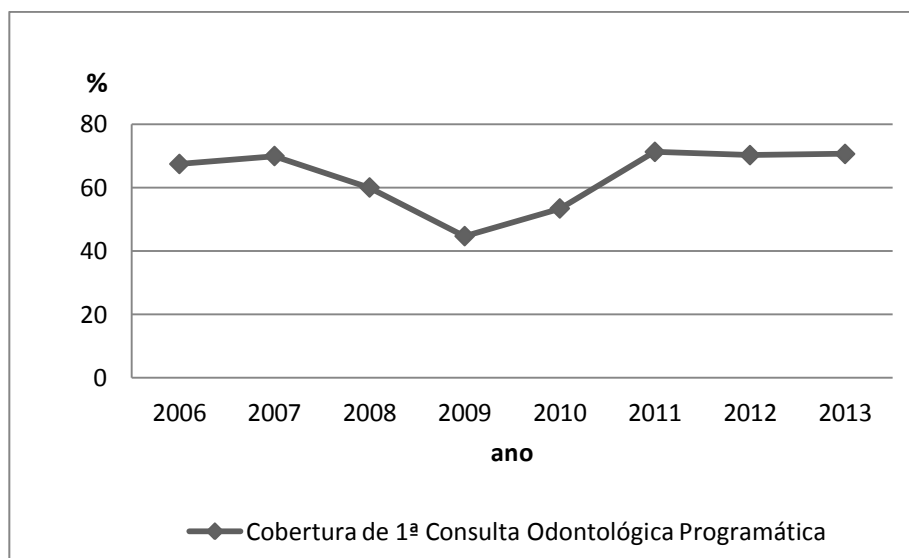
Na tabela 8, são apresentados os indicadores Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Tratamento Odontológico Básico Concluído, referentes aos anos 2006 a 2013.

Tabela 8. Indicadores de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Tratamento Odontológico Concluído do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2006 a 2013.

Indicador	Medida	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática	Número total de Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas realizadas em determinado local e período/ População Total em determinado local e período*100	67,43	69,93	60,02	44,68	53,41	71,25	70,22	70,59
Tratamento Odontológico básico concluído	Número total de pessoas que concluíram o tratamento odontológico básico em determinado local e período/ Total de pessoas que realizaram consulta odontológica programada em determinado local e período*100	44,89	48,11	79,93	66,70	52,84	65,30	63,27	57,67

Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

Percebe-se uma cobertura de Primeira Consulta Odontológica maior que 60% em todos os anos analisados, exceto nos anos de 2009 e 2010 com uma cobertura de 44,68% e 53,41%, respectivamente. Os resultados apresentados mostram um declínio do acesso aos serviços de saúde bucal a partir de 2008 sendo restabelecido em 2011. A figura 6 ilustra as diferenças encontradas em cada período.



Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

Figura 6. Indicadores de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2006 a 2013.

Referente ao Tratamento Odontológico Básico Concluído observa-se um aumento significativo entre os anos 2006 e 2008, de 44,89% para 79,93%. No ano de 2009 observamos o segundo maior indicador de Tratamento Odontológico Concluído, sendo que obteve o menor valor de cobertura de primeira consulta odontológica em todo o período analisado. De 2010 a 2013 os valores não apresentaram padrões regulares, variando de 52,84% a 65,3%.

4.3.8.2.2. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

O indicador de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos é um indicador que pode ilustrar a priorização dos serviços em relação aos procedimentos curativos, preventivos ou cirúrgicos.

A tabela 9 mostra os números de extrações dentárias, número de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e o indicador Proporção de exodontia em relação aos procedimentos referentes ao período de 2004 a 2013.

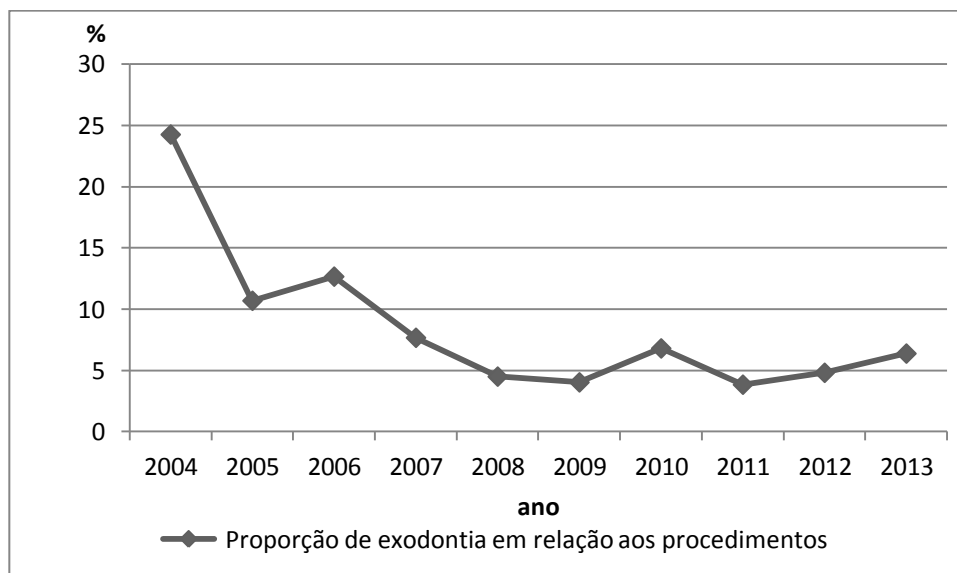
Tabela 9. Números totais de extrações dentárias, Números totais de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e Indicadores de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2004 a 2013.

Medida	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número total de extrações dentárias	602	549	604	546	466	170	481	480	512	585
Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos	2.481	5.134	4.765	7.115	10.353	4.215	7.076	12.507	10.647	9.169
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	24,26	10,69	12,66	7,67	4,50	4,03	6,80	3,84	4,81	6,38

Fonte: SLIS DSEI Xingu/Projeto Xingu

Os maiores números de extrações dentárias ocorreram em 2004 e 2006, com respectivamente, 602 e 604 extrações realizadas. Os números de extrações dentárias variam de 466 a 604 no período estudado, com exceção de 2009 quando atinge o número de 170 extrações dentárias no ano, mas apresenta o segundo ano com menor número de procedimentos preventivos e curativos. O maior número de procedimentos preventivos e curativos ocorre em 2011 com 12.507 procedimentos. O menor valor é encontrado em 2004 com 2.481 procedimentos.

O indicador de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos expressa seu valor mais alto no ano de 2004. Há uma queda brusca entre 2004 e 2005 de 24,26 para 10,69, podendo ser atribuída à extensão de cobertura com a parceria da FORP-USP. Em 2006 este valor aumenta para 12,66 e mantém uma queda com o passar dos anos chegando a 3,84 em 2011. Este indicador a partir de 2008 tende a se estabilizar, a figura 7 ilustra os valores encontrados em cada ano.



Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

Figura 7. Indicadores de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2004 a 2013.

4.3.8.2.3. Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada

O indicador escolhido para ilustrar as ações coletivas e preventivas foi “Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada”, calculado através do número de participantes de ações coletivas de escovação dental supervisionada.

A tabela 10 mostra o número de participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada e o indicador de média da ação coletiva de escovação dental supervisionada no período de 2004 a 2013, do Baixo, Médio e Leste Xingu.

Tabela 10. Números totais de participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada e Indicadores de Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada do Baixo, Médio e Leste Xingu, no período de 2004 a 2013.

Medida	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número total de participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada	1.652	2.052	3.657	3.643	2.876	863	385	6.731	3.961	8.252
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	6,55	7,96	12,74	12,35	9,92	2,88	1,25	19,32	11,54	23,27

Fonte: SLIS DSEI Xingu/ Projeto Xingu

A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada foi o indicador que apresentou maior variabilidade entre todos os anos do estudo. Há um aumento entre 2004 e 2006 de 6,55 para 12,74, ocorrendo uma queda a partir de 2007, chegando a 2,88 em 2009 e 1,25 em 2010. Observa-se que em 2011 este indicador tem um aumento considerável chegando a 19,32, sendo que o maior valor do período estudado foi em 2013 com 23,27.

5. DISCUSSÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirma que a melhoria da qualidade de vida da população encontra-se na melhoria do acesso, resolução das necessidades em saúde, estímulo à participação social e redução das desigualdades (Brasil, 2005). Conhecer e identificar necessidades em saúde, definidas a partir dos saberes disponíveis em cada contexto cultural, é essencial para organizar ações e sistemas de saúde compatíveis com os indivíduos e populações, sendo um processo complexo, pois nem todas as necessidades são conhecidas ou sentidas e possuem várias dimensões e variáveis. Neste sentido, os conhecimentos epidemiológicos e os inquéritos populacionais são importantes ferramentas para auxiliar neste processo (Andrade, Narvai, 2013).

Um estudo realizado a partir de relatórios da OMS e de estudos populacionais de vários países, em 2005, demonstra que as doenças bucais são grandes problemas de saúde pública em todas as regiões do mundo e o maior peso destas doenças é vivenciado por grupos populacionais desfavorecidos. Há uma necessidade do fortalecimento de programas de saúde pública com medidas eficazes de prevenção de doenças e de promoção da saúde bucal integradas com programas nacionais de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento (Petersen et al., 2005).

As intervenções em saúde introduzidas sem um planejamento adequado, que permitam a universalização e a equidade, têm exercido o efeito indesejável de ampliar as desigualdades em saúde (Antunes, Narvai, 2010). Iniquidades entre indígenas e não indígenas, relacionadas ao acesso a serviços de atenção à saúde bucal e métodos

preventivos regulares são evidentes e deixam clara a vulnerabilidade destas populações, inclusive em relação à cárie dentária e suas complicações (Arantes et al., 2010a).

O aumento de publicações sobre a saúde bucal dos povos indígenas nos últimos anos e o esforço de pesquisadores na busca por determinantes individuais e sociais para os problemas de saúde bucal foram perceptíveis. Entretanto, o número de publicações ainda é pequeno para buscar uma avaliação mais geral sobre a saúde bucal dos povos indígenas e a organização dos serviços ofertados. Além disso, há uma representatividade pequena dos grupos étnicos nos estudos, não chegando a 15% das etnias encontradas no país. Há uma diversidade na coleta de dados e metodologias dos estudos, em sua maioria, transversais e com amostras pequenas. Os estudos indicam diferenças significantes relacionadas aos índices de cárie dentária e doença periodontal e a necessidade de mais estudos sobre o assunto. Parece haver um consenso entre os autores sobre o aumento do consumo de alimentos industrializados e açúcares entre os povos estudados e grande parte dos estudos descrevem índices de cárie maiores do que na população não indígena, com algumas exceções. Nos últimos anos, alguns estudos começaram a explorar necessidades e problemas de saúde bucal pouco investigados, como a má-oclusão e a prevalência de lesões orais. Outros estudos também vêm buscando compreender determinantes associados à saúde bucal como, por exemplo, os socioambientais.

A interface dos estudos publicados com a política e gestão dos serviços de saúde bucal e com o SASI-SUS ainda é pouco observada. Isto pode estar relacionado à inexistência destes serviços nas áreas estudadas ou ao distanciamento entre pesquisadores e gestores desta área. Poucos pesquisadores relatam a organização dos serviços oferecidos e apenas um artigo relata o incentivo da gestão na elaboração de seu estudo.

O acesso e a organização dos serviços de saúde são relatados de formas muito diferentes pelos pesquisadores. Há estudos que evidenciam barreiras logísticas e geográficas para o acesso aos serviços, outros relatam barreiras tecnológicas e de estrutura e outros ainda relatam barreiras interculturais e de permanência de profissionais. De fato, grande parte dos estudos descrevem desigualdades no acesso e nos serviços oferecidos para a população indígena havendo, em algumas regiões, ausência destes serviços. Poucos estudos relatam aspectos relacionados às ações coletivas realizadas, mas vários refletem sobre a necessidade de estruturar programas focados na prevenção de doenças e promoção da saúde bucal.

As instituições de ensino e pesquisa têm tido um papel fundamental nos últimos anos, realizando estudos que promovam e reafirmem o SUS como uma política universal. Estas instituições geram informações importantes para as ações de planejamento e avaliação e devem proporcionar empoderamento dos serviços no sentido de incorporar tais práticas às suas rotinas e protocolos de gestão (Pereira et al., 2012). Observa-se que os artigos que citaram programas de saúde bucal, realizados com parcerias intersetoriais, com associações indígenas, universidades e instituições privadas, apresentaram melhores resultados no acesso aos serviços de saúde bucal, mas ainda são exceções no país, não sendo projetos com garantia de permanência e continuidade. Integrar as instituições de ensino e pesquisa e a gestão dos serviços seria um dos caminhos possíveis para diminuir as iniquidades deste acesso e a construção de programas efetivos.

As representações sociais são reguladoras dos comportamentos e atitudes nas relações de um grupo, dentro e fora do grupo com agentes e objetos externos, mediando a interação do grupo, permitindo tomada de decisões (Moscovici, 2003). A Conferência

Nacional de Saúde é uma instância democrática de debate, formulação e avaliação, que visa melhorar a saúde da população (Brasil, 2014). Os relatórios finais das conferências possibilitaram a sistematização das propostas, sendo um referencial para analisar a atenção à saúde bucal no PIX. Os discursos produzidos trouxeram reflexões importantes sobre a implementação e o caminho seguido pelo programa, ficando claro o cuidado e a atenção às diversas IC construídas. Alguns princípios do SUS, como universalidade, equidade e participação da comunidade, tiveram momentos satisfatórios no programa. A integralidade da atenção e articulação com o SUS, a descentralização e ampliação de recursos humanos para a saúde indígena foram obstáculos durante todo o período analisado.

Os DSC propõem uma diferenciação no processo de contratação de profissionais para a saúde indígena, prevendo formação e supervisão dos mesmos e sugerem a inserção da saúde indígena na grade curricular de cursos técnicos e superiores de saúde. A ausência de uma política específica de recursos humanos, a terceirização e a formação insuficiente de profissionais para atuarem em contextos interculturais têm sido fragilidades do SASI-SUS. O estudo de Diehl e Pellegrini (2014) reflete que desde a criação do subsistema, as poucas iniciativas de capacitações e educação permanente de trabalhadores que atuam na saúde indígena eram descontínuas e desconsideravam as especificidades socioculturais. A formação de AIS, auxiliares de enfermagem indígenas, graduandos e pós-graduados em saúde indígena, desenvolvida pela EPM/Projeto Xingu, é uma experiência singular e bem-sucedida no país, entretanto ainda encontra desafios no seu financiamento e continuidade.

Os discursos relacionados à estrutura necessária para o bom funcionamento do programa, a merenda diferenciada nas escolas indígenas, a centralização na compra de materiais odontológicos e a não implementação do “Brasil Sorridente Indígena”, não foram

incorporados no PIX durante o período analisado, mostrando as diferenças do discurso com o que ocorreu. Entretanto, os DSC relacionados às ações intersetoriais com a educação, a participação de conselheiros e lideranças no planejamento e nas ações desenvolvidas, à construção e utilização de sistemas de informação, à realização de ações preventivas e de promoção da saúde, oficinas e produção de materiais didáticos na língua materna, ao desenvolvimento de protocolos específicos para a saúde indígena, à epidemiologia utilizada como norteadora do programa e à formação de indígenas e não indígenas para o trabalho da saúde foram incorporadas no PIX.

A análise da situação de saúde como prática sistemática através da utilização de indicadores apresenta um potencial ainda inexplorado nos diversos níveis dos serviços de saúde, apesar da grande quantidade de informações produzidas rotineiramente. A escolha de indicadores acessíveis, simples, úteis e disponíveis nos sistemas de informação valoriza as bases de dados existentes e indica o seu potencial no apoio à gestão (Tamaki et al, 2012).

Em 1999, a situação encontrada na saúde indígena não era favorável, o que obrigou a implantação de esquemas emergenciais de assistência e de mobilização de recursos humanos, materiais e financeiros de modo a resolver o quadro de carência de assistência. A melhora dos indicadores de saúde indígena nos primeiros anos do subsistema, resultante do maior acesso aos serviços de saúde, mostrou-se fugaz. Esta melhora diminuiu de velocidade e estabilizou-se, permanecendo até hoje, em níveis duas a três vezes piores do que os da população brasileira (Rodrigues, Mendonça, 2014).

Com o término da gestão da FUNASA em 2010, foi disponibilizada pelo MS uma síntese dos indicadores de vigilância em saúde indígena. A área de saúde bucal foi representada apenas pelo indicador “Tratamento Odontológico Básico Concluído” entre os

anos 2004 a 2010 e observa-se um aumento gradual partindo de 12,79 em 2004 para 23,02 em 2010 (Brasil, 2010). Estes valores estão muito aquém dos encontrados no DSEI Xingu, onde a pior situação encontrada foi no ano de 2006 com 44,89. Observa-se um aumento significativo entre 2006 e 2008, de 44,89 para 79,93, mas esta tendência não é regular nos anos seguintes. Isto pode estar relacionado à coexistência de planos operativos e estratégias distintas em cada ano e em cada área de abrangência. No decorrer dos anos, a EMSI do DSEI Xingu encontrou barreiras logísticas para a atuação em algumas aldeias e isto ocasionou uma diminuição no período de permanência em cada comunidade, sendo que as mais prejudicadas foram aldeias mais distantes dos polos de saúde. Os profissionais viabilizaram duas estratégias assistenciais distintas: a priorização da maior resolutividade dos pacientes atendidos, diminuindo o número de pessoas atendidas em cada aldeia ou a busca por um atendimento universal com um maior número de pacientes assistidos, priorizando apenas as maiores necessidades individuais. Nos relatórios analisados, os cirurgiões-dentistas do DSEI Xingu explicitam a alta demanda assistencial na maioria das aldeias e a sensação de pouca resolutividade, mesmo com um alto número de procedimentos realizados. Entretanto, as ações desenvolvidas no PIX estão em consonância com algumas Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, abrangendo ações de promoção e proteção de saúde, recuperação e reabilitação.

Analisando a cobertura da população com primeira consulta odontológica programática é possível identificar variações geográficas e temporais que demandam a implementação de medidas para ampliação do acesso aos serviços odontológicos e a avaliação do perfil de atendimento deste serviço (Brasil, 2006b). As condições de acesso refletem as características da oferta de serviços de acordo com as necessidades e demandas

da população, apesar de não traduzir, num primeiro momento, em reversão do modelo de atenção e não analisar a resolutividade dos serviços (Barreto, Ferreira, Silva, 2008). Percebe-se uma cobertura favorável de Primeira Consulta Odontológica Programática no PIX, sendo maior que 60% na maioria dos anos analisados, mostrando a busca pela universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal. Apesar disso, os resultados mostram um declínio do acesso aos serviços de saúde bucal a partir de 2008 sendo restabelecido em 2011. Isto pode estar relacionado ao período de ausência das parcerias e da mudança da gestão do SASI-SUS, podendo ter influenciado negativamente os indicadores de saúde bucal. Observa-se que a mudança da gestão da saúde indígena passou por problemas estruturais tanto nos últimos anos da FUNASA como nos primeiros anos de implantação da SESAI. Apesar do aumento significativo de financiamento e de recursos humanos, o que se observou foi a não priorização de ações e infraestrutura que assegurassem a atenção básica à saúde como o saneamento básico, qualificação de profissionais, controle e fiscalização das ações e um planejamento não efetivo (Liebgott, 2014). No programa de saúde bucal do DSEI Xingu não houve aumento de profissionais da área de odontologia, apesar do número de enfermeiros ter triplicado após a criação da SESAI. Os processos de compras de kits de higiene bucal, materiais permanentes e insumos para a realização do TRA, ficaram centralizados em Brasília e durante todo o ano de 2010 não foram disponibilizados.

O único estudo encontrado, em povos indígenas, que utiliza um indicador de acesso aos serviços de saúde bucal foi realizado no Xingu e indica um aumento significativo do indicador de acesso de 2004 a 2006. Apesar dos indicadores terem sido calculados de forma diferente deste estudo, é perceptível o aumento do número de atendimentos durante este período e uma maior disponibilidade de recursos humanos (Lemos et al., 2010). Estudos

com populações não indígenas, em bases de dados dos municípios de Belo Horizonte, Amaral Ferrador e João Pessoa, relatam uma melhora do indicador de primeira consulta odontológica programática entre os anos analisados (1999 a 2010), que segundo os pesquisadores poderia estar associada à ampliação do número de profissionais de saúde bucal contratados pela estratégia saúde da família, falta de capacitação de profissionais para o preenchimento de informações e a favorável incorporação de redes de cuidados em saúde bucal (Cruz et al., 2011, Mendes et al., 2013, Teixeira et al., 2011).

A integralidade da atenção à saúde bucal, proposta pela Política Nacional de Saúde Bucal e pelos discursos das Conferências Nacionais de Saúde, só poderia ser garantida com a oferta adequada de ações intersetoriais, individuais e coletivas, que contemplem as dimensões biológicas, psicológicas e sociais e articuladas com os outros níveis de atenção. Um dado preocupante encontrado foi que o acesso às especialidades odontológicas era garantido apenas com a parceria com a FORP-USP. Após o encerramento deste convênio, o DSEI Xingu não tem conseguido articular nenhuma referência odontológica para a população indígena nos municípios do entorno do PIX, não oferecendo uma atenção integral de saúde bucal. A gestão realizada pela FUNASA até 2010 pode ter influenciado na busca pela integralidade da atenção, pois durante este período houve um certo isolamento da saúde indígena no processo de organização do SUS. Procedimentos especializados, medicamentos e insumos eram adquiridos de forma direta ou mediante convênios com organizações não governamentais e associações indígenas e a articulação com as outras instâncias do SUS foram limitadas (Rodrigues, Mendonça, 2014). As Conferências Nacionais de Saúde esclarecem a necessidade de adaptações na estrutura e na

organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, garantindo a integração e o atendimento necessário em todos os níveis de atenção.

Outro dado preocupante para a integralidade da atenção foi a grande deficiência e fraco desempenho do indicador de escovação supervisionada. Uma questão fundamental na implementação dos programas de saúde bucal nos DSEI é a necessidade de priorizar a dimensão preventiva e educativa, considerando o contexto sociocultural, político e econômico de cada comunidade e o acesso ao flúor (Arantes, 2005). A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada foi o indicador que apresentou maior variabilidade entre todos os anos, de 1,25 a 23,27. O pior resultado encontrado foi nos anos de 2009 e 2010, sendo que neste período a parceria com o Projeto Pro Nativos havia se encerrado e a população não teve acesso aos kits de material de higiene bucal. Em 2011, a SESAI disponibiliza este material novamente, passando a ser uma prioridade em 2013 para o DSEI Xingu. Apesar de alguns avanços nas atividades preventivas e de promoção da saúde, propostas nas Conferências Nacionais, o que se observa é ainda um modelo assistencialista, onde a alta necessidade de tratamento é priorizada em relação às ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Importante destacar as várias estratégias positivas realizadas com os AIS e com a EMSI para a consolidação de ações intersetoriais com a educação e para o aumento da cobertura da aplicação tópica de flúor, contemplando propostas das Conferências Nacionais de Saúde. Vários fatores relacionados a recursos logísticos, humanos e culturais impossibilitaram a ampliação deste acesso, sendo que em 2006, a estratégia foi pensar numa abordagem interdisciplinar para solucionar alguns dos problemas encontrados. A inserção da aplicação tópica de flúor durante as etapas de imunização foi um grande

avanço, devido à periodicidade trimestral da imunização, a alta cobertura desta ação atingindo todas as aldeias do PIX, a ampla logística envolvida nesta ação, a abordagem de fatores de risco comuns e a possibilidade de acompanhamento de profissionais de forma regular. Após o levantamento epidemiológico de saúde bucal em 2007 e da comprovação da ausência de valores significativos de flúor nas águas de abastecimento, foi instituído o “protocolo para o uso de fluoretos” construído com as parcerias, a partir da necessidade de padronizar condutas de utilização de fluoretos em ações preventivas (Projeto Xingu, 2009). Os indicadores mostram que esta ação não foi possível nos anos de 2009 e 2010 e após este período passou a ser uma preocupação da gestão do DSEI Xingu.

O indicador de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos apresentou resultado positivo com uma queda significativa de 24,26 em 2004 para 6,38 em 2013. Este indicador a partir de 2008 não apresentava um padrão, mas não ultrapassa o valor de 6,80. O comportamento deste indicador pode revelar a falta de acesso da população aos serviços de saúde bucal, gerando uma demanda acumulada de exodontias, além da falta de investimento em ações preventivas à longo prazo e o modelo de atenção desenvolvido (Fernandes, 2005). Importante observar que este indicador mostra uma melhora, mais direcionada ao aumento do número absoluto de procedimentos preventivos e curativos do que à diminuição do número absoluto de extrações dentárias. Apesar disso, este indicador evidencia a priorização dos procedimentos preventivos e curativos com o decorrer dos anos.

Além das informações dos serviços de saúde bucal sobre ações coletivas e individuais, foram analisados os inquéritos populacionais do DSEI Xingu, devido seu alto poder descritivo e por um ser um importante instrumento para a gestão e avaliação de

programas (Andrade, Narvai, 2013). Observa-se que a epidemiologia tem feito parte da rotina dos profissionais que atuam no DSEI Xingu para o planejamento de suas ações.

A cárie dentária é uma doença multifatorial e estudos relatam que fatores socioeconômicos e comportamentais estão associados à elevada experiência de cárie em grupos populacionais específicos. Uma análise global sobre a cárie dentária realizada pela OMS, em 2005, indica que esta doença afeta de 60% a 90% das crianças em idade escolar. Outro estudo, o *Global Burden of Disease*, mostra que em 2010, aproximadamente 3,9 bilhões de pessoas eram afetadas por problemas bucais e a cárie não tratada na dentição permanente foi a condição mais prevalente avaliada em todo o estudo (Marcenes et al., 2013). Na maioria dos países em desenvolvimento, os níveis de cárie dentária indicam uma tendência a aumentar devido fatores relacionados à dieta, à ausência de exposição aos fluoretos e à falta de recursos humanos e de programas preventivos (Petersen et al., 2005). Nicolau et al. (2005) mostram ainda que condições socioeconômicas adversas podem afetar a estrutura dentária, a taxa de secreção salivar, a capacidade de resistência e os sistemas imunológicos.

Em populações indígenas, o aumento nas taxas de prevalência de cárie está fortemente relacionado com o contato dos indígenas com a população urbana e com a alteração dos hábitos alimentares (Parcionick, 1999; Fratucci, 2000). No Xingu, o acesso dos indígenas aos municípios do entorno do PIX parece ter aumentado nos últimos anos e os relatórios sugerem um aumento significativo de entrada de merenda escolar e alimentos açucarados, além do aumento de renda das famílias através de programas sociais e do maior número de contratos trabalhistas. Apesar das conferências proporem uma merenda escolar

diferenciada, isso não tem acontecido no PIX, sendo composta por inúmeros alimentos cariogênicos e não tradicionais.

Os dados epidemiológicos apresentados indicam padrões diferentes em cada idade ou grupo etário nos dois períodos. Há uma diminuição numérica da média de ceo-d na idade de 5 anos de 6,43 dentes decíduos em 2007 para 5,85 em 2013. Contudo, este valor é muito elevado em comparação com a população não indígena. Em 2010, na região Centro-Oeste, o valor médio do ceo-d para as crianças não-indígenas foi de 3,00 e no Brasil de 2,43 (Brasil, 2012b). A média ceo-d é, no PIX, 95% maior do que na região Centro-Oeste. Aos 12 anos de idade, há um aumento numérico discreto do CPO-D na idade de 12 anos entre 2007 e 2013 (2,54 para 2,78). Este valor no Xingu é 34,3% maior que no Brasil em 2010 (2,07) e semelhante à região Centro-Oeste (2,63). No grupo etário de 15 a 19 anos, há uma diminuição na média de CPO-D de 6,89 em 2007 para 4,65 em 2013, sendo estas diferenças estatisticamente significantes. O valor encontrado em 2013 é menor que o valor encontrado na região Centro-Oeste (5,94) e maior que no Brasil (4,25) em 2010 (Brasil, 2012b). A análise dos valores medianos e amplitudes semi-quartílicas indicam diferenças positivas durante os dois períodos analisados. Atenta-se que os piores índices de cárie dentária foram encontrados em crianças de 5 anos, indicando maior vulnerabilidade dessa população indígena quando comparada com a população do Centro-Oeste.

A análise dos componentes dos índices ceo-d e CPO-D mostram resultados preocupantes. Verifica-se uma redução no percentual de dentes obturados e um aumento no componente cariado em todos os grupos. O componente cariado aos 5 anos representa 70,46% do índice em 2007 aumentando para 87,50% em 2013. Este aumento ocorre também aos 12 anos de 43,31% para 73,83% do índice e no grupo etário de 15 a 19 anos de

20,69% para 43,29%. O Índice de Cuidados Odontológicos chama atenção, sendo que o percentual do componente obturado diminui em todos os grupos nos dois períodos analisados, aos 5 anos a diminuição é de 21,74% para 7,14%, aos 12 anos de 44,09% para 16,35% e de 63,14% para 41,14%, mostrando a falta ou insuficiência de assistência odontológica oportuna aos indígenas entre 2007 e 2013. Ao se comparar este índice com os dados do Brasil, em 2010, aos 5 anos, 12 anos e 15 a 19 anos encontramos respectivamente 13,6%, 35,3% e 50,8%. Isto evidencia valores muito menores na população xingua e desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal desta população em relação ao Brasil.

A comparação dos dados epidemiológicos encontrados em 2013 no DSEI Xingu com outros estudos em populações indígenas se torna difícil, pois o estudo mais recente encontrado foi realizado no ano de 2010, em Pernambuco, com a etnia Xukuru. Mauricio & Moreira (2014) analisaram o índice CPO-D em indígenas de 10 a 14 anos de idade encontrando uma média de CPO-D aos 12 anos de 2,73 dentes, semelhante ao encontrado no Xingu (2,78). Estudos com as etnias Guarani (2007) e Shereo (2006) descrevem valores menores aos 12 anos que o Xingu nos dois períodos analisados e as etnias Baniwa (2004) e Xakriabá (2007) apresentam valores maiores.

A análise dos dados da etnia Kaiabi possibilitou verificar, mesmo com insuficiência de dados que possibilitassem empreender uma análise estatística, que a média de CPO-D aos 12 anos diminuiu de 10,6 em 1992 para 3,14 em 2013 e de 15 a 19 anos de 14,07 para 4,36 em 2013. Observando-se os estudos realizados no período de 2000 a 2007 no grupo etário de 15 a 19 anos e comparando-se com a média de CPO-D encontrada no Xingu, em 2007 (6,89) e na etnia Kaiabi (7,20), constata-se que há etnias com valores maiores, como os Enawene-Nawê, Baniwa, Xavante e Potiguara e grupos étnicos com

valores menores, como os Guarani e Yanomami ($< 1,00$). Isto expressa uma grande diversidade de padrões de cárie dentária em diferentes povos indígenas. Arantes & Frazão (2013) discorrem que a variabilidade de padrões de distribuição da cárie dentária reflete a complexidade sociocultural dos povos indígenas no Brasil e a variabilidade de determinantes de saúde aos quais estão expostos. Aos 5 anos de idade, esta variabilidade é reforçada sendo que há valores médios de ceo-d maiores que no Xingu (6,43) nas etnias Xavante, Kaiowá-Guarani, Enawene-Nawê e menores nas etnias Guarani, Baniwa e na Reserva Umutina. Na maioria dos estudos é o componente cariado que compõe quase integralmente o índice ceo-d aos 5 anos.

Os percentuais de indivíduos livres de cárie, em 2013, foram baixos em todos os grupos no PIX. Na idade de 5 anos, o valor foi de 10,4%, na idade de 12 anos foi de 22,08% e no grupo etário de 15 a 19 anos foi de 7,69%. Quando se comparam estes dados com o Brasil, na idade de 5 anos, o valor encontrado no Brasil (46,6%) e Centro Oeste (38,8%) está muito além do encontrado na população xinguana. Aos 12 anos, no Brasil, observa-se quase o dobro de indivíduos livres de cárie (43,5%) e de 15 a 19 anos quase o triplo (23,9%) livres de cárie. As diferenças relacionadas à cárie dentária são evidentes quando se compara o Xingu com os dados nacionais.

Concorda-se com o estudo de Parizotto (2004) que discute as metas da OMS com o levantamento epidemiológico de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul. Na população estudada, a porcentagem de 4% das crianças de cinco anos de idade livres de cárie estava bem distante dos 90% cogitados pela OMS para 2010. Ao passo que o estudo de Fratucci (2000) com os índios Guarani de São Paulo

revelou 44% de crianças livres de cárie aos 5 anos de idade, indicando novamente a variabilidade de padrões epidemiológicos entre os povos indígenas.

Este estudo analisou a atenção à saúde bucal do Baixo, Médio e Leste Xingu, excluindo a região do Alto Xingu. Isto ocorreu devido a não disponibilidade de dados secundários desta região, no período proposto. A realização de uma avaliação geral do PIX gerou outra limitação importante do estudo, que foi a não organização dos dados por etnias, sendo feita apenas a análise da etnia Kaiabi. Entretanto, a utilização de dados secundários possibilitou identificar a riqueza dos dados disponíveis e sua potencialidade para o uso em pesquisas avaliativas e para os serviços de saúde. O estudo de caso e a utilização do DSC possibilitaram ampliar o conhecimento sobre a história e a construção da atenção à saúde bucal no PIX, trazendo informações relevantes para esta avaliação, mostrando a complexidade e os caminhos percorridos por este programa. A sistematização das propostas das Conferências Nacionais de Saúde relacionadas à saúde bucal de povos indígenas, através do DSC, é inédita no país e poderá ser um referencial importante para a avaliação da realidade de outros povos indígenas.

6. CONCLUSÕES

Este estudo tem implicações importantes para a implementação de programas de saúde bucal em áreas indígenas e relata estratégias de intervenções e parcerias com instituições privadas e públicas para melhorar a organização dos serviços, a equidade e o acesso da população indígena à saúde bucal, buscando diminuir os entraves burocráticos e as iniquidades de saúde. Descreve também caminhos para a busca da integralidade da atenção através de parcerias com a própria comunidade e com outros setores, através de estratégias sensíveis às especificidades locais.

A sistematização de propostas das Conferências Nacionais foi uma forma de buscar identificar as principais ideias, valores e aspirações dos povos indígenas em relação à saúde indígena, tornando-se um instrumento importante como referencial para a análise da atenção à saúde bucal do PIX. Os DSC construídos possibilitaram identificar o processo de trabalho desenvolvido, as fragilidades e os desafios para instituir o programa de atenção à saúde bucal do PIX. As IC identificadas permitiram compreender alguns desafios e prioridades que o programa deverá responder. Além disso, a sistematização das IC e dos DSC poderá ser utilizada como referencial para outros estudos que queiram analisar programas de saúde bucal em outras realidades indígenas.

O estudo também expõe a incapacidade da gestão do SASI-SUS para assegurar a continuidade de um programa de atenção à saúde bucal e de suas parcerias, que contribuía para mudanças positivas nos indicadores e nas condições de saúde bucal durante seu período de implantação. A descontinuidade do programa e o período de mudança da gestão do SASI-SUS, com todos os seus problemas estruturais, trouxeram problemas para a saúde bucal da população do DSEI Xingu. Apesar de avanços durante o período estudado, a piora

de alguns indicadores de saúde bucal nos últimos anos, coincide também com a piora de indicadores gerais da saúde indígena. Isto traz uma reflexão sobre a influência direta de estratégias e decisões tomadas por gestores na saúde dos povos indígenas.

A produção científica sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil tem aumentado nos últimos anos, mas representa apenas 14% dos grupos étnicos no país. Mesmo não sendo possível uma avaliação geral sobre a saúde bucal e a organização dos serviços ofertados aos povos indígenas e apesar da diversidade de metodologias empregadas nos estudos, as diferenças encontradas nos artigos, relacionadas às tendências de cárie e doença periodontal e ao acesso aos serviços de saúde, refletem a diversidade de realidades sociais e de oferta de serviços de saúde para os povos indígenas no Brasil. Isto reforça a necessidade de implantar programas específicos para cada realidade, que reconheçam as diferenças sociais, culturais e epidemiológicas de seu território. Os estudos têm buscado analisar um maior número de determinantes sociais relacionados aos problemas bucais e refletem sobre a importância da promoção de saúde bucal. Porém, é evidente o distanciamento da maioria das pesquisas com a política, gestão e organização dos serviços de saúde indígena.

O padrão não conclusivo sobre a cárie dentária na idade de 5 anos no período de 2007 e 2013, não possibilitou uma conclusão sobre sua tendência na dentição decídua. Os dados evidenciam valores altos da média de ceo-d e do componente cariado e baixos percentuais de livres de cárie e do componente obturado, quando comparados com os dados nacionais. Entretanto, as diferenças estatísticas encontradas no grupo etário de 15 a 19 anos, entre os anos 2007 e 2013, sugerem uma tendência de diminuição da experiência de cárie dentária na dentição permanente, podendo estar relacionada ao programa de atenção à saúde bucal desenvolvido e ao maior acesso a fluoretos.

A produção de indicadores válidos para o uso dos serviços de atenção à saúde indígena do DSEI Xingu é uma importante contribuição. Diante dos resultados obtidos, pode-se concluir que no Baixo, Médio e Leste Xingu o acesso à saúde bucal tem mostrado uma boa cobertura, apesar do período de queda observado. O indicador de Tratamento Odontológico Básico Concluído apresenta um alto percentual comparado com a população indígena no mesmo período do estudo, mas não parece ser a melhor forma de avaliar a resolutividade dos serviços, devido a tendência irregular encontrada e o processo de trabalho diferenciado em áreas indígenas. A diminuição do Índice de Cuidados Odontológicos, em todas as idades e grupos etários, ilustra problemas no subdimensionamento de recursos dos serviços de saúde bucal para as comunidades do PIX entre 2007 e 2013.

As quedas observadas no indicador de exodontia podem estar relacionadas ao trabalho desenvolvido pela FORP-USP até 2008, sendo que a ausência de parcerias e o período de mudança de gestão podem ter influenciado negativamente todos os indicadores de saúde bucal. Os indicadores de escovação supervisionada revelam a necessidade da priorização das ações preventivas e uma atenção ainda assistencialista, onde a alta necessidade de tratamento é priorizada em relação às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A ação multiprofissional, durante as visitas nas aldeias e a imunização, como forma de ampliar o acesso às atividades preventivas e ao flúor tópico, se mostrou positiva durante o período em que foi possível sua viabilidade. A atuação multiprofissional ampliou a importância de profissionais de saúde e da comunidade sobre a adesão e a relevância do flúor naquele contexto. A integralidade da atenção e a articulação com as outras instâncias

do SUS foram fragilidades do programa e a infraestrutura foi um nó crítico durante todo período analisado, com relatos importantes de ausência de materiais básicos para a atenção à saúde bucal, prejudicando o desenvolvimento de ações individuais e coletivas.

Ressalta-se que integrar instituições de ensino e pesquisa e a gestão dos serviços, de forma sustentável, pode ser um dos caminhos possíveis para diminuir as iniquidades do acesso à saúde e a efetividade de programas voltados para a população indígena, que se tornam cada vez mais vulneráveis às doenças e às decisões da sociedade nacional envolvente.

7. RECOMENDAÇÕES

Os programas de intervenção na saúde de populações indígenas tornam-se cada vez mais necessários para a melhoria dos serviços de atenção à saúde indígena e a mudança do perfil epidemiológico. A efetiva diferenciação proposta nos discursos das conferências nacionais de saúde e na Política Nacional de Saúde Indígena, não tem se concretizado integralmente após os 15 anos de implantação do SASI-SUS. O direito e o acesso à saúde, na macropolítica, são ainda tratados de forma homogênea e não diferenciada pelos gestores e os programas deveriam buscar determinantes e especificidades no cotidiano do trabalho, para minimizar os impactos que a sociedade nacional envolvente vem produzindo na saúde indígena, com as ameaças sobre os direitos conquistados de suas terras, modos de vida e organização social.

Os índices de cárie dentária encontrados nas crianças indígenas do Xingu são os mais preocupantes, mostrando a necessidade de adotar estratégias diferenciadas para este grupo, priorizando o acesso às ações preventivas e educativas, de forma intersetorial, principalmente com a educação, com os professores indígenas, associações indígenas e FUNAI. Todos os profissionais de saúde, indígenas e não indígenas, devem pensar, conjuntamente, em estratégias que busquem entender os determinantes sociais e culturais relacionados à saúde bucal, para que as ações de promoção de saúde possam ser efetivas e construídas com a comunidade.

O número de publicações científicas sobre a saúde bucal dos povos indígenas no Brasil ainda é pequeno, sendo necessário ampliar os estudos sobre os diversos determinantes sociais e culturais do processo saúde-doença destes povos. Sugere-se que sejam realizados levantamentos epidemiológicos com metodologias padronizadas, de

abrangência nacional, representando os vários povos indígenas no Brasil, dando visibilidade às especificidades de cada realidade e aos problemas bucais encontrados.

A piora de alguns indicadores de saúde bucal e a influência direta de decisões tomadas por gestores do SASI-SUS alertam para que indígenas e indigenistas estejam constantemente atentos em seus movimentos, para que a conquista de um subsistema específico de atenção diferenciada de saúde não seja perdida.

A atuação multiprofissional e a estrutura devem ser prioridades para o DSEI Xingu, buscando formas viáveis de aquisição dos materiais necessários para a atuação do programa, com o planejamento adequado para o trabalho em equipe. É necessário, também, que o programa se articule com o saneamento básico para pensar em estratégias e tecnologias para a fluoretação das águas de abastecimento em áreas indígenas, que é ainda a medida mais ampla de promoção de saúde bucal. Deve-se pensar em novas estratégias para a reorientação deste programa, que contemplem as rápidas mudanças no modo de viver dos povos do Xingu e que respeitem as especificidades de cada povo.

Os desafios relacionados à integralidade da atenção, a articulação com as outras instâncias do SUS e a estruturação de parcerias sustentáveis devem ser pensados para a continuidade deste programa, com a participação efetiva dos indígenas, através do diálogo e da negociação. O programa “Brasil Sorridente Indígena”, que ainda não se efetivou no DSEI Xingu, deve ser amplamente discutido com a comunidade, resgatando as propostas e os caminhos que as conferências de saúde sugerem.

REFERÊNCIAS

Ando A, Hirata JM, Mori M, Ribeiro FC, Rigonato DD. Atuação odontológica no Parque Indígena do Xingu – dados de 5 anos de prevenção de cárie com aplicação de flúor-gel. *Enciclopédia Brasileira de Odontologia*. 1986;4:597-608.

Alencar CO, Miclos PV, Carvalho RB, Cortelli JR. Fluorose dental e condição periodontal de crianças indígenas do município de Aracruz, ES. *Braz J Periodontol*. 2011;21(4): 80–5.

Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Saúde bucal dos índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2009;25(1):37-46.

Alves Filho P, Santos RV, Vettore, MV. Desigualdades socioambientais na ocorrência de cárie dentária na população indígena no Brasil: evidências entre 2000 e 2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013;16(3):692-704.

Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(1):67-77.

Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(3):154-60.

Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):360-5.

Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil e o caso dos Xavantes de Mato Grosso [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV, Escobar AL (orgs). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco/ Fiocruz; 2003. 49 p.

Arantes R, Frazão P. Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2013;7(4):169-180.

Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Saúde bucal na população indígena Xavante em Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2001; 17(2):375-84.

Arantes R, Santos RV, Frazão P, Coimbra Jr, CEA. Caries, gender and socio-economic change in the Xavante Indians from Central Brazil. *Annals of Human Biology*. 2009; 36(2):162-75.

Arantes R, Santos RV, Frazão P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *International Dental Journal*. 2010a;60(3 Suppl 2):235-40.

Arantes R, Santos RV, Frazão P. Diferenciais de cárie dental entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010b;13(2):223–36.

Barata RB. Epidemiologia e políticas públicas. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2013; 16(1): 3-17.

Barreto Junior IFB, Ferreira MP, Silva ZP. Pesquisa de condições de vida 2006: acesso aos serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2008;22(2):5-18.

Baruzzi RG. Do Araguaia ao Xingu: a Escola Paulista de Medicina e o Parque Indígena do Xingu. In: Baruzzi RG, Junqueira C (organizadores). *Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História.* São Paulo: Terra Virgem; 2005.

Biazevic MGH, Fantin A, Michel-Crosato E. Oral health conditions survey among 6-to-12-year-old children living in the indigenous reserve of Cacique Doble, Rio Grande do Sul, Brazil. *Caries Res.* 2005;39(4):287–340.

Bonoma TV. Case research in marketing: opportunities, problems, and process. *Journal of Marketing Research.* 1985;22(2):199-208.

Borborema-Santos CM, Castro MMD, Santos PJBD, Talhari S, Astolfi-Filho S. Hiperplasia focal epitelial oral: relato de cinco casos. *Brazilian Dental Journal.* 2006; 17(1):79-82.

Brasil. Decreto nº 8243 de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (2014 mai. 23).

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2007a. 68 p.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: 2007b.

Brasil. Lei Federal nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (1990 dez. 28).

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013 – 2015. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília-DF, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Relatório Final. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, Brasília-DF, 27 a 29 de novembro de 1986. Brasília, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, Luziânia-GO, 25 a 27 de outubro de 1993. Brasília, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Luziânia-GO, 14 a 18 de maio de 2001. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Brasília-DF, 02 a 06 de dezembro de 2013. Brasília, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 14ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília: Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 493/GM de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2010.

Bulgarelli AF, Roperto RC, Mestriner SF, Mestriner W. Dentistry students' perceptions about an extramural experience with a Brazilian indigenous community. *Indian J Dent Res.* 2012; 23:498-500.

Carneiro MCG, Santos RV, Garnelo L, Rebelo MAB, Coimbra Jr. CEA. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciência & Saúde coletiva.* 2008; 13(6):1985-92.

- Carvalho GCM. Participação da comunidade na saúde. Campinas: Saberes Editora; 2014.
- Cruz DF, Prado RL, Valença AMG, Machado LS. A Linha do Cuidado em Saúde Bucal no município de João Pessoa: uma análise de indicadores. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011;11(2):291-295.
- Cury PR, Porto LP, Santos JN, Ribeiro LSF, Xavier FCA, Figueiredo AL, Ramalho LM. Oral mucosal lesions in Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. *Medicine (Baltimore)*. 2014; 93(27): e140.
- Detogni A. De volta às origens. *Revista da Associação Brasileira de Odontologia*. 1994;2:138-148.
- Diab AD, Lucas SD. Cárie dentária em crianças indígenas Xakriabá. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2008; 17(2):149-53.
- Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(4):867-874.
- Dumont AFS, Salla JT, Vilela MBL, Morais PC, Lucas SD. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(3): 1017–22.
- Fernandes LSP. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):930-6.
- Ferreira LB. O processo de inserção das ações de saúde bucal no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2005.
- Ferreira LB. O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
- Figueiredo AL, Soares S, Lopes H, Santos JN, Ramalho LM, Cangussu MC, et al. Destructive periodontal disease in adult Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. *J Clin Periodontol*. 2013;40:1001–1006.
- Fratucci MVB. Alguns aspectos das condições de saúde bucal de uma população indígena Guarani M'bya no Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
- Godoy F, Rosenblatt A, Guimarães CD. The type of occlusion in adolescents of the fulni-ô Indian community, Pernambuco — Brazil. *Odontol Clin Cient*. 2006;5(4):307–11.
- Gomes SC. Acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá-MT [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia; 2013.

Haddad AE, Sigisfredo LB, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2012; 36(1): 03-04.

Hirata J, Bergamaschi O, Oliveira A, Lázaro A, Martins C, Bosco L, et al. Estudo de prevalência de cárie em crianças indígenas do Parque Indígena do Xingu. *Revista da Faculdade de Odontologia de São Paulo.* 1977; 15:189-198.

Hirooka LB. Condições de saúde bucal em pares mãe-filho na população indígena do Médio e Baixo Xingu: cárie dentária e necessidade de tratamento [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2010.

Hirooka LB, Mestriner Jr W, Mestriner SF, Nunes SAC, Lemos PN, Laércio JC. Dental caries in mother-child pairs from Xingu. *Brazilian Journal of Oral Sciences.* 2014; 13(1): 43-46.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasília – DF; Censo 2010 [acesso em 12 de setembro de 2015]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.

Instituto Socioambiental. Almanaque Socioambiental Parque Indígena do Xingu: 50 anos. São Paulo, 2011.

Instituto Socioambiental. Povos Indígenas no Brasil: 2001/2005. São Paulo, 2006.

Instituto Socioambiental. Povos Indígenas no Brasil – Kaiabi [acesso em 16 de out de 2015]. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaiabi/1741>.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1997; 33(1):159-174.

Lemos PN, Hirooka LB, Nunes SAC, Arantes R, Mestriner SF, Mestriner WJr. O modelo de atenção à saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2010;15(Supl. 1):1449-1456.

Liebgott RA. Atenção à saúde indígena no Brasil: uma realidade devastadora. In: Rangel LH. *Violência contra os povos indígenas no Brasil: Dados de 2013.* Brasília: CIMI; 2014.

Macedo AC, Bairrão JFMH, Mestriner SF, Mestriner Jr. W. Ao encontro do outro, a vertigem do eu: o etnopsicólogo em equipes de saúde indígena. *Revista da SPAGESP.* 2011; 12(2):85-96.

Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez UM, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res.* 2013; 92(7):592-597.

Martins AL. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [dissertação]. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.

Mauricio HA, Moreira RS. Oral health status of the ethnic group Xukuru from Ororubá: multilevel analysis. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2014;17(3):787-800.

Mendes SR, Esteves RSS, Oliveira ACB, Abreu, MHNG. (2014). Avaliação de indicadores de saúde bucal na atenção primária em um município de grande porte brasileiro de 1998 a 2010. *SaBios-Revista de Saúde e Biologia.* 2013;8(3):74-82.

Mendonça SBM. O Agente Indígena de Saúde do Parque Indígena do Xingu: Reflexões. In: Baruzzi RG, Junqueira C organizadores. Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História, São Paulo: Terra Virgem editora; 2005.

Mesquita LP, Lemos PN, Hirooka LB, Nunes SAC, Mestriner SF, Taba Jr. M, et al. Periodontal status of an indigenous population at the Xingu Reserve. *Brazilian Journal of Oral Sciences.* 2009; 9(1):43-47.

Mestriner Júnior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):903-912.

Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(6): 1665-1675.

Moscovici S. L'ère des représentations sociales. In: Textes de base en psychologie. Paris: TDB; 1990.

Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

Moura PG. População indígena: condição bucal e estado nutricional materno infantil [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. *Revista de Saúde Pública.* 2000; 34:196-200.

Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 2006;19(6):385-393.

Nascimento S, Scabar LF. Levantamento epidemiológico de cárie, utilizando os índices CPO-D, ceo-d e IHOS, nos índios da aldeia Wakri no Estado do Pará. *Rev Inst Cienc Saude*. 2008;26(2):246–53.

Nell JV, Salzano FM, Junqueira PC, Keiter F, MayburyLewis D. Studies on the Xavante indians of the Brazilian Mato Grosso. *American Journal of Human Genetics*. 1964;16:52-140.

Nicolau B, Marcenes W, Allison P, Sheiham A. The life course approach: explaining the association between height and dental caries in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):93-8.

Normando D, Almeida MA, Quintão CC. Dental crowding: the role of genetics and tooth wear. *The Angle Orthodontist*. 2013; 83(1):10-15.

Nunes SAC, Lauris JRP, Tomita NE. The implantation process of oral health services in indian communities of the rivers Tiquié and Uaupés- Special Indian Sanitary District for the Alto Rio Negro - Amazonas. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2013; 7:181-193.

Organização Mundial de Saúde, 1999. Levantamentos epidemiológicos básicos em saúde bucal. 4a Edição. São Paulo: Editora Santos; 1999.

Oliveira LSS. O agente indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In: Baruzzi, RG; Junqueira C. (org.). *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura, História*. 01ed. São Paulo: Terra Virgem; 2005, p. 247-258.

Oliveira LSS. Projeto político-pedagógico do Curso de Especialização em Saúde Indígena. Guia de Estudo do Curso de Especialização em Saúde Indígena. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014.

Pacagnella RC. Perfil epidemiológico de saúde bucal da população do Parque Indígena do Xingu, entre os anos de 2001 e 2006 [dissertação]. Ribeirão Preto: FMRP/USP; 2007.

Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizador. *A luta do Cebes*. São Paulo: Lemos; 1997.

Parcionick M. E a dentadura dos índios? *J Assessor Odontol*. 1999; 3(4):21-2.

Parizotto SPCOL. Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2004.

Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(3):449-462.

Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83(9):661-669.

Piuevam G, Alves MSCF, Roncalli AG, Werner CWA, Ferreira AA. Ações de promoção em saúde bucal: um estudo com o povo indígena Tremembé, CE. *Rev Odontol Bras Central*. 2005;14(37):60-4.

Projeto Xingu. Censo Populacional 2013 – Imunização do Baixo, Médio e Leste Xingu. Banco de dados da EPM/Projeto Xingu. São Paulo; 2013.

Projeto Xingu. Relatório da Calibração de Profissionais para o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do PIX. Banco de dados da EPM/Projeto Xingu. São Paulo; 2013.

Projeto Xingu. Relatório de Gestão do Convênio firmado entre a EPM/Projeto Xingu e FUNASA no período de 2004 a 2008. Banco de dados da EPM/Projeto Xingu. São Paulo; 2009.

Regalo SCH, Santos CM, Vitti M, Regalo CA, Vasconcelos PB, Mestriner W, et al. Evaluation of molar and incisor bite force in indigenous compared with white population in Brazil. *Arch Oral Biol*. 2008;53(3):282-6.

Rigonatto DL, Antunes JL, Frazão P. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 2001;43:93-98.

Rodrigues, DA. Saúde e doença entre os Panará, Povo Indígena Amazônico de contato recente, 1975-2007 [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2013.

Rodrigues D, Mendonça S. Política Indigenista de Saúde. Guia de Estudo do Curso de Especialização em Saúde Indígena. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014.

Sampaio FC, Freitas CHSM, Cabral MBF, Machado ATAB. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):246-51.

Soares JF, Siqueira AL. Introdução à estatística médica. Belo Horizonte: Departamento de Estatística da UFMG; 1999.

Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Jr. M, Bezerra LCA et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012. 17(4):839-849.

Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Cien Saude Colet*. 2008;13(4):1247-56.

Teixeira ND, Facchini LA, Castilho ED. Avaliação da evolução da demanda de saúde bucal através do uso de sistemas de informação em saúde. *Revista de Enfermagem e Saúde*. 2011;1(1):50-59.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.

Troncarelli MC, Wurker E, Mendes JR, Zorthêa KS. A formação de educadores indígenas para as escolas xinguanas. *Em aberto*. 2003; 20(76):54-73.

Tumang AJ, Piedade, EF. Cárie dental, doenças periodontais e higiene oral em indígenas brasileiros. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*. 1968; 64 (103-109).

Ulhôa Netto E, Ferreira TFL, Drummond MM, Sanchez HF. Tooth loss and need of denture in Pataxó Natives. *Rev Gaúcha Odontol*. 2012; 60(2):195-201.

Vieira EMM, Ciesielski FIN, Jardim ECG, Hespanhol D, Castro EVZL, Castro AL, et al. Evaluation of oral health in a community of native Brazilians of the Umutina Reservation, Mato Grosso state. *Int J Odontostomat*. 2011;5(1):59–63.

Vieira EMM, Raslan SA, Wahasugui TC, Avila-Campos MJ, Marville V, Jardim Júnior, EG. Occurrence of *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* in Brazilian indians from Umutina reservation, Mato Grosso, Brazil. *Journal of Applied Oral Science*. 2009; 17(5):440-445.

Vieira EMM, Salineiro FS, Hespanhol D, Misis CRD, Jardim Junior EG. Frequência de anquiloglossia em uma comunidade indígena brasileira. *Revista Gaúcha de Odontologia (online)*. 2010; 58(2):215-218.

Villas Bôas O. Trinta e cinco anos de assistência e pesquisa: a Escola Paulista de Medicina e o Parque Indígena do Xingu. In: Baruzzi RG, Junqueira C organizadores. *Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História*, São Paulo: Terra Virgem; 2005, p. 49-58.

Walsh J. International patterns of oral health care—the example of New Zealand. *N Z Dent J*. 1970;66(304):143–52.

World Health Organization. *Oral health surveys: basics methods*. Geneva: WHO; 1997.

World Health Organization. *The World Oral Health Report*. Geneve: WHO; 2003.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2001.

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Exame SB 2000 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

Projeto SB2000 **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Anos 2.000** **Ficha de Exame** **ORIG./DUP.**

Nº IDENTIFICAÇÃO <input type="text"/>		ESTADO <input type="text"/>		MUNICÍPIO <input type="text"/>		FLÚOR <input type="checkbox"/>		ANOS FLUORETAÇÃO <input type="text"/>	
SETOR CENSITÁRIO <input type="text"/>				QUADRA / VILA <input type="text"/>		ESCOLA <input type="checkbox"/>		EXAMINADOR <input type="text"/>	

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos Sexo Grupo Étnico

Idade em meses (somente para bebês) Localização Geográfica Realização do Exame

EDENTULISMO **ANORMALIDADES DENTOFACIAIS**

15-19, 35-44 e 65-74 anos

USO DE PRÓTESE
Sup Inf

NECESSIDADE DE PRÓTESE
Sup Inf

FLUROSE DENTÁRIA
12 anos e 15-19 anos

DAI (12 e 15-19 anos)

DENTIÇÃO Número de LC, e PM perdidos

ESPAÇO

Apinhamento na região de incisivos Espargimento na região de incisivos Diastema em milímetros Desalinhamento maxilar anterior em mm Desalinhamento mandibular anterior em mm

MÁ-OCCLUSÃO (5 anos)

OCCLUSÃO

Overjet maxilar anterior em mm Overjet mandibular anterior em mm Mordida aberta vertical anterior em mm Relação molar ântero-posterior

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 e 44 e 65 e 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	•	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	48	47	46	45	44	43	42	41	•	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOENÇA PERIODONTAL **ALTERAÇÕES TECIDO MOLE**

AG (5 anos)



CPI 17796 11 26227
12 anos 15-19 anos 35-44 anos 65-74 anos

PIP 17796 11 26227
35-44 anos 65-74 anos


Todos os grupos etários

4746 31 3637 4746 31 3637


Anexo 2 - Ficha 4 – Odontológica individual

		Ficha 4 - Odontologica individual													
01. Dosei		02. Pólo-base		03. Aldeia											
04. Nome		05. Mãe	06. Sexo	07. N° Residência	08. N° Família										
09. Filiação			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M												
Anamnese															
10. História Progressiva															
11. Está tomando algum medicamento:		Antibiótico. Qual?		Analgésico. Qual?											
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Anti-inflamatório. Qual?		Outro Medicamento. Qual?											
12. É alérgico?		A que?													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
13. Aspectos culturais															
<input type="checkbox"/> Uso de tabaco?															
<input type="checkbox"/> Hábitos alimentares?															
<input type="checkbox"/> Práticas de autocuidado															
<input type="checkbox"/> Adorno ou modificação na cavidade bucal?															
Exame															
14. Extra-oral			15. Má-formação												
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> Ausência de má-formação <input type="checkbox"/> Líbio leporino <input type="checkbox"/> Fenda Palatina <input type="checkbox"/> Interferência de freios												
16. Mucosa oral			17. Histórico (12 e 15 e 19 anos)												
Hipótese diagnóstica			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9												
Localização			18. Condição periodontal - sextante		19. Condição periodontal										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14/17	31	26/27			
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	46/47	31	36/37			
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Odontograma															
18	17	16	15/35	14/34	13/33	12/32	11/31	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ceo			21. CPD-D												
Prótese															
22. Necessidade de prótese?						23. Uso de prótese									
Superior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			Inferior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			Superior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			Inferior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
24. Data da consulta			25. N° CRO			Responsável:									

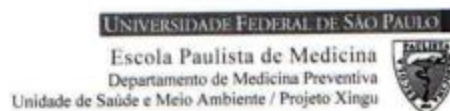
Anexo 3. Ficha 3 - Consolidado mensal de odontologia - atividades coletivas

	Ficha 3 - Consolidado Mensal de Odontologia - Atividades Coletivas	
	Dsei	Pólo-base
Mês/Ano		
Aldeia		
Atividade		Quantidade
1 Educação em saúde por profissionais de nível médio na comunidade.		
2 Educação em saúde por profissionais de nível médio no estabelecimento de saúde.		
3 Educação em saúde por profissionais de nível superior na comunidade.		
4 Educação em saúde por profissionais de nível superior no estabelecimento de saúde.		
5 Escovação dental supervisionada.		
6 Aplicação tópica de Flúor-gel.		
7 Escova dental distribuída.		
8 Creme dental distribuído.		
9 Fio dental distribuído.		
Dsei	Pólo-base	Mês/Ano

Anexo 4. Ficha 7- Consolidado mensal de odontologia- procedimentos individuais

		Ficha 7 - Consolidado Mensal de Odontologia Procedimentos Individuais	
Dsei		Pólo-base	
Aldeia			
Nº	Atendimento Clínico	Quantidade	
1	1ª Consulta odontológica programática		
1.1	1ª Consulta odontológica programática		
2	Pessoas atendidas		
2.1	Por agendamento		
2.2	Por demanda espontânea		
3	Procedimentos		
3.1	Aplicação terapêutica de flúor – por sessão		
3.2	Aplicação cariostático – por dente		
3.3	Aplicação selante – por dente		
3.4	Evidenciação de placa bacteriana – por indivíduo		
3.5	RAP supragengival – por sextante		
3.6	RAP subgengival – por sextante		
3.7	Proteção do complexo dentino-pulpar		
3.8	Tratamento restaurador atraumático (ART)		
3.9	Restauração ionômero de vidro		
3.10	Restauração resina		
3.11	Restauração amálgama		
3.12	Outras restaurações		
3.13	Pulpodomia		
3.14	Exodontia de dente decíduo		
3.15	Exodontia de dente permanente		
3.16	Outros procedimentos cirúrgicos		
3.17	Sutura		
3.18	Tratamento de alveolite		
3.19	Outros procedimento de urgência		

Anexo 6. Termo de Consentimento para de banco de dados - UNIFESP




Termo de consentimento para uso de banco de dados

O presente termo de consentimento refere-se ao projeto de pesquisa intitulado de "Atenção à saúde bucal de povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004 a 2013". O estudo analisará os relatórios técnicos dos atendimentos e procedimentos odontológicos realizados pela equipe do Projeto Xingu da EPM/UNIFESP na região do Médio e Baixo Xingu – Parque Indígena do Xingu no período de 2004 a 2013.

Após devidamente esclarecido, o chefe da Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP, autoriza o aluno Pablo Natanael Lemos a utilizar os dados secundários e relatórios referentes à saúde bucal existentes no banco de dados do Projeto Xingu para o Programa de Pós-Graduação/ Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Confirmo autorização para realização e publicação deste trabalho.

São Paulo, SP, 19 de janeiro de 2014.



Dr. Douglas A. Rodrigues
Chefe da Unidade de Saúde e Meio Ambiente
Departamento de Medicina Preventiva
Escola Paulista de Medicina/UNIFESP

Anexo 7. Termo de Consentimento para de banco de dados – DSEI XINGU



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu
Divisão de Atenção à Saúde Indígena

Termo de Consentimento para Uso de Banco de Dados

O Presente termo de consentimento refere-se ao projeto de pesquisa intitulado “Atenção à saúde bucal de povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004 a 2013”. O estudo analisará os procedimentos e levantamentos epidemiológicos de saúde bucal realizados pela equipe do DSEI Xingu nos polos-base Diauarum, Pavuru e Wawi do Distrito Sanitário Especial Indígena no período de 2004 a 2013. Este projeto não possui quaisquer riscos para as comunidades indígenas do Parque, e pelo contrário, serão benéficas, pois o estudo colaborará no planejamento dos serviços de saúde bucal.

Após devidamente esclarecido, o coordenador do DSEI Xingu e a coordenadora de Saúde Bucal do DSEI Xingu, autorizam o aluno Pablo Natanael Lemos a utilizar os dados secundários referentes à saúde bucal existentes no banco de dados do DSEI Xingu. Este termo será utilizado pelo aluno Pablo Natanael Lemos para o curso de Pós-graduação (Mestrado) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Confirmo autorização para realização e publicação deste trabalho.

Canarana, MT, DSEI Xingu, 07 de Janeiro de 2015.

Coordenador DSEI Xingu – DSEI XINGU
Eric Daniel Cantuária
Coordenador Distrital
DSEI-XINGU/SESAI/MS
Portaria nº 436 de 25/03/2014

Coordenadora de Saúde Bucal – DSEI XINGU

Alana C. Guisilini
RT Saúde Bucal
DIASI/DSEI Xingu/SESAI/MS
CRO 99151

Anexo 8. Termo de Consentimento para de banco de dados – UNIFESP



Carta de aprovação do Conselho Distrital de Saúde do Xingu Termo de Anuência do Conselho Distrital de Saúde do Xingu

Declaramos que estamos cientes e aprovamos a realização da pesquisa " Atenção à saúde bucal de povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004 a 2013" de responsabilidade do aluno Pablo Natanael Lemos para o Programa de Pós-Graduação/ Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que nos foi enviado com os devidos esclarecimentos prestados.

Ficou claro que a pesquisa será realizada com as informações e dados gerados pelo próprio serviço no período 2004-2013, através dos relatórios produzidos pelo Programa de Saúde Bucal do DSEI Xingu. E que não será necessário, nesta Pesquisa, realizar qualquer tipo de exame ou de intervenção na comunidade.

Estamos cientes que os objetivos principais deste trabalho são de colaborar no planejamento do serviço de saúde bucal e da Atenção à Saúde do Xingu.

Ficou claro quais são os propósitos da pesquisa, que não haverá riscos ou desconfortos para as comunidades do Xingu na realização deste estudo, garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Os resultados deste trabalho serão encaminhados para o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, para as conveniadas, para o Conselho Distrital de Saúde e para as comunidades que fizeram parte do estudo, se assim desejarem.

Parque Indígena do Xingu, 07 de janeiro de 2015.

Macarea Trumai Data: 07/01/15
Presidente do Conselho Distrital de Saúde
Macarea Trumai

Anexo 9. Parecer 1.004.479/CONEP - aprovação do projeto de pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.004.479

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

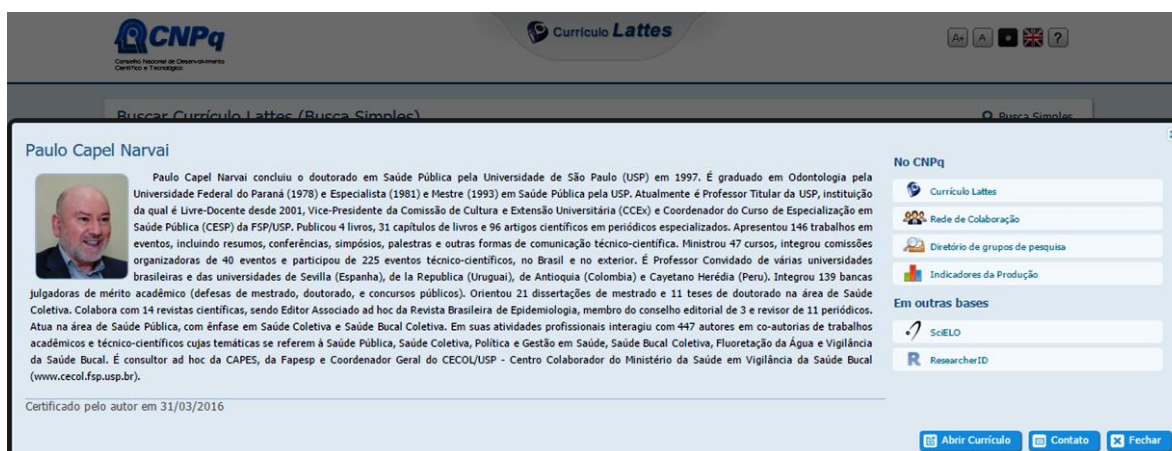
BRASILIA, 31 de Março de 2015

Assinado por:

Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Anexo 10. Primeira página do Currículo Lattes do Orientador



Paulo Capel Narvai

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978) e Especialista (1981) e Mestre (1993) em Saúde Pública pela USP. Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001, Vice-Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX) e Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) da FSP/USP. Publicou 4 livros, 31 capítulos de livros e 96 artigos científicos em periódicos especializados. Apresentou 146 trabalhos em eventos, incluindo resumos, conferências, simpósios, palestras e outras formas de comunicação técnico-científica. Ministrou 47 cursos, integrou comissões organizadoras de 40 eventos e participou de 225 eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colombia) e Cayetano Herédia (Peru). Integrou 139 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, e concursos públicos). Orientou 21 dissertações de mestrado e 11 teses de doutorado na área de Saúde Coletiva. Colabora com 14 revistas científicas, sendo Editor Associado ad hoc da Revista Brasileira de Epidemiologia, membro do conselho editorial de 3 e revisor de 11 periódicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 447 autores em co-autorias de trabalhos acadêmicos e técnico-científicos cujas temáticas se referem à Saúde Pública, Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Saúde Bucal Coletiva, Fluoretação da Água e Vigilância da Saúde Bucal. É consultor ad hoc da CAPES, da Fapesp e Coordenador Geral do CECOL/USP - Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (www.cecol.fsp.usp.br).

Certificado pelo autor em 31/03/2016

No CNPq

- Curriculo Lattes
- Rede de Colaboração
- Directorio de grupos de pesquisa
- Indicadores da Produção

Em outras bases

- SciELO
- ResearchID

Abrir Currículo Contato Fechar

Paulo Capel Narvai

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978) e Especialista (1981) e Mestre (1993) em Saúde Pública pela USP. Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001, Vice-Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX) e Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) da FSP/USP. Publicou 4 livros, 31 capítulos de livros e 96 artigos científicos em periódicos especializados. Apresentou 146 trabalhos em eventos, incluindo resumos, conferências, simpósios, palestras e outras formas de comunicação técnico-científica. Ministrou 47 cursos, integrou comissões organizadoras de 40 eventos e participou de 225 eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colombia) e Cayetano Herédia (Peru). Integrou 139 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, e concursos públicos). Orientou 21 dissertações de mestrado e 11 teses de doutorado na área de Saúde Coletiva. Colabora com 14 revistas científicas, sendo Editor Associado ad hoc da Revista Brasileira de Epidemiologia, membro do conselho editorial de 3 e revisor de 11 periódicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 447 autores em co-autorias de trabalhos acadêmicos e técnico-científicos cujas temáticas se referem à Saúde Pública, Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Saúde Bucal Coletiva, Fluoretação da Água e Vigilância da Saúde Bucal. É consultor ad hoc da CAPES, da Fapesp e Coordenador Geral do CECOL/USP - Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (www.cecol.fsp.usp.br).

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8531108709147659>

Última atualização do currículo em 31/03/2016

Anexo 11. Primeira página do Currículo Lattes do Aluno

Pablo Natanael Lemos

Graduado em Odontologia pela Universidade de São Paulo (2004). Especialista em Saúde Coletiva (2009), Saúde Indígena (2010), Endodontia(2011) e Gestão em Saúde (2014). Mestrando da Faculdade de Saúde Pública- USP. Integrante do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo há 11 anos e cirurgião- dentista do Ambulatório do Índio - Hospital São Paulo. Coordenador de tutoria e docente do curso de Especialização em Saúde Indígena da UNIFESP/UNASUS.

Certificado pelo autor em 19/04/2016

No CNPq

- Currículo Lattes
- Rede de Colaboração
- Diretório de grupos de pesquisa
- Indicadores da Produção

Em outras bases

- SciELO

Abrir Currículo Contato Fechar

Pablo Natanael Lemos

Graduado em Odontologia pela Universidade de São Paulo (2004). Especialista em Saúde Coletiva (2009), Saúde Indígena (2010), Endodontia (2011) e Gestão em Saúde (2014). Mestrando da Faculdade de Saúde Pública - USP. Integrante do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo há 11 anos e cirurgião- dentista do Ambulatório do Índio - Hospital São Paulo. Coordenador de tutoria e docente do curso de Especialização em Saúde Indígena da UNIFESP/UNASUS.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1826617027883386>
 Última atualização do currículo em 19/04/2016